



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA



# LAPORAN SEMESTER 1 | 2019

**RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT**

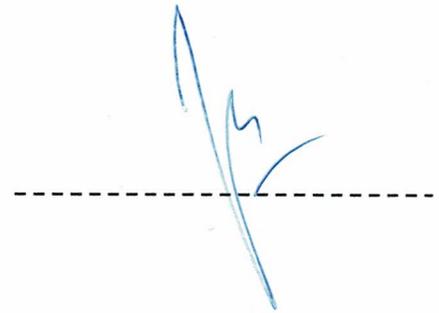
**LAPORAN SEMESTER 1 TAHUN 2019  
RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

**TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI :**

1. Direktur Utama  
dr. SITI KHALIMAH, Sp KJ, MARS  
NIP 197104162002122001
2. Direktur Medik dan Keperawatan  
dr. YUNIAR SpKJ  
NIP 196808171996032005
3. Direktur SDM dan Pendidikan  
dr. IKA NURFARIDA, Sp.KJ, M.Sc  
NIP 197601042008012012
4. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum  
ISTOE HEROE WIDODO, SE  
NIP 197108061993031003



---



---



---



---

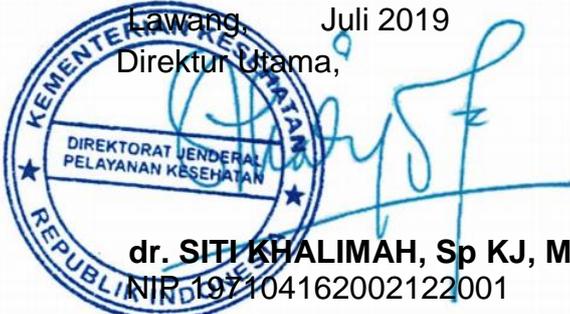
## KATA PENGANTAR



Segala Puji bagi Allah SWT bahwa RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah menyusun Laporan Semester I Tahun 2019 sesuai program dan kegiatan yang telah direncanakan. Penyusunan Laporan Semester I Tahun 2019 adalah tahun kelima pelaporan sesuai dengan RSB RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Tahun 2015 - 2019 dan RBA Tahun 2019. Laporan ini disusun sebagai tugas, tanggungjawab dan kewajiban untuk pelaksanaan program kerja sesuai sasaran yang telah dirumuskan agar diperoleh laporan kinerja yang dijabarkan sesuai target kinerja yang telah ditetapkan dalam RSB RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Tahun 2015 - 2019 dan RBA RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Tahun 2019.

Penyusunan laporan ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai umpan balik untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkesinambungan sejalan dengan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab serta sesuai dengan sasaran strategis yang telah ditetapkan. Hal ini juga bertujuan agar dapat mengidentifikasi langkah-langkah terobosan dan inovasi untuk peningkatan kinerja dan mutu pelayanan di semester 2 tahun 2019.

Terima kasih disampaikan kepada seluruh unit kerja yang telah membantu dalam proses pengumpulan data, memonitoring, mengevaluasi, serta memvalidasi data sehingga tersusun "Laporan Semester 1 Tahun 2019 RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang". Saran dan masukan yang konstruktif, kami perlukan untuk melakukan perbaikan di masa yang akan datang. Semoga laporan ini dapat memberikan nilai manfaat bagi kita semua.

Lawang, Juli 2019  
 Direktur Utama,  
  
**dr. SITI KHALIMAH, Sp KJ, MARS**  
 NIP.197104162002122001

# DAFTAR ISI

	Hal
<b>SAMPUL DEPAN</b>	
<b>LEMBAR TELAAH DIREKSI.....</b>	<b>i</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iii</b>
<b>RINGKASAN EKSEKUTIF .....</b>	<b>v</b>
<b>BAB I : PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Maksud dan Tujuan Laporan .....	2
C. Sistematika Laporan .....	2
<b>BAB II : ANALISA SITUASI AWAL TAHUN</b>	
A. Hambatan Awal Tahun 2019 .....	5
1. Direktorat Medik & Keperawatan.....	5
2. Direktorat SDM & Pendidikan .....	5
3. Direktorat Keuangan & Administrasi Umum .....	6
B. Kelembagaan.....	8
C. Sumber Daya.....	9
1. Sumber Daya Manusia.....	9
2. Sarana dan Prasarana .....	11
3. Dana .....	16
<b>BAB III : TUJUAN DAN SASARAN KERJA</b>	
A. Dasar Hukum .....	18
B. Tujuan dan sasaran Kinerja.....	19
C. Penetapan Indikator Kinerja .....	21
1. Kontrak Indikator Kinerja Utama Tahun 2019.....	21
2. Penetapan target Tingkat Kesehatan Tahun 2019 .....	22
3. Kontrak Kinerja Tahun 2019 (IKI dan IKT).....	26
4. Penetapan Indikator Mutu .....	27
<b>BAB IV : STRATEGI PELAKSANAAN</b>	
A. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran Kinerja .....	35
B. Hambatan Dalam Pelaksanaan Strategi .....	38
C. Upaya Tindak Lanjut.....	41
<b>BAB V : HASIL KERJA</b>	
A. Pencapaian Target Kinerja dan Pendapatan .....	44

1. Pencapaian IKU semester 1 Tahun 2019 .....	44
2. Pencapaian Tingkat Kesehatan semester 1 Tahun 2019 .....	46
3. Pencapaian IKI dan IKT Kinerja semester 1 Tahun 2019 .....	49
4. Pencapaian Kinerja Unit.....	54
a. Kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan.....	54
b. Kinerja Direktorat SDM dan Pendidikan.....	70
c. Kinerja Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum .....	86
5. Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit .....	135
B. Realisasi Anggaran Semester 1 tahun 2019 .....	147
C. Upaya untuk mencapai WTP, WBK dan WBBM.....	151
D. Program Unggulan.....	154
<b>BAB VI : PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	155
B. Saran dan Tindak Lanjut .....	156
<b>LAMPIRAN – LAMPIRAN</b>	
Kontrak Kinerja Tahun 2019 .....	ix
Perjanjian Kinerja Tahun 2019.....	x



---

## RINGKASAN EKSEKUTIF

---



RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat telah ditetapkan sebagai instansi PPK BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/MenKes/SK/VI/ 2007 serta Surat Keputusan Menteri Keuangan No.284/KMK.05/2007. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 254/Menkes/Per.III/2008 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang merupakan unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan salah satu persyaratan administratifnya adalah kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan Pada tanggal 30 Juni 2019, RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berhasil memperoleh sertifikat Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) International dan berlaku sejak tanggal 14 Januari 2019 sampai dengan 13 Januari 2022 dengan nomor : KARS-SERT/764/VI/2019.

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat telah menyusun Rencana Strategis Bisnis 2015 – 2019 dan melaksanakan Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) 2017 dan dalam rangka melaksanakan kegiatan dalam RBA tersebut perlu disajikan Laporan semester 1 Tahun 2019.

Pencapaian kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan pada semester 1 tahun 2019 bervariasi. Unit pelayanan utama Instalasi Gawat Darurat (IGD) mengalami peningkatan pertumbuhan yaitu 101%, sedangkan Instalasi Rawat Jalan dan Instalasi Rawat Inap belum mencapai target dan lebih rendah dibandingkan capaian tahun sebelumnya, yaitu 88% dan 89%. Meskipun Instalasi Rawat Jalan secara keseluruhan mengalami penurunan, tetapi terdapat beberapa klinik yang mengalami peningkatan kunjungan secara signifikan, yaitu klinik Psikiatri Forensik (152,90%), klinik Psikologi (291,62%) dan klinik *Medical Check Up* (395,14%). Sedangkan unit pelayanan penunjang terdapat 2 unit yang mengalami pertumbuhan yaitu Unit Radiologi sebesar 116 % dan Unit Laboratorium 112 %, sedangkan Unit Pelayanan ECT dan Instalasi Rehabilitasi Medik mengalami penurunan yaitu 58% dan 70%. Program unggulan yaitu pelayanan Instalasi Psikiatri mengalami pertumbuhan rerata yaitu 161,6%. Capaian indikator mutu efektifitas pelayanan semua telah tercapai kecuali *Bed Occupations Rate* (BOR) yang hanya tercapai 68,93%, akibat dampak kebijakan rujukan berjenjang BPJS dan upaya untuk menambah jejaring rujukan pasien belum optimal.

Indikator Mutu pelayanan semester 1 tahun 2019 secara keseluruhan telah tercapai semua, kecuali waktu tunggu hasil radiologi. Waktu tunggu hasil radiologi adalah 5 jam 40 menit karena pada bulan April sampai 2 minggu pertama bulan Mei, Dokter Spesialis Radiologi berhalangan karena sakit, sehingga pembacaan hasil rotgent dilakukan diluar rumah sakit, melalui bekerjasama dengan Instalasi Radiologi RSUD Lawang. Indikator mutu klinik tercapai semua pada semester 1 tahun 2019. Hal ini sebagai wujud komitmen manajemen dan SDM untuk melakukan perbaikan dan pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien.

Pencapaian kinerja Direktorat Sumber Daya Manusia dan Pendidikan pada Semester I Tahun 2019 rata-rata tercapai sesuai target. Tingkat Kepuasan Pegawai pada semester I tercapai 86,72%. Dibandingkan hasil survei semester I tahun sebelumnya sebesar 86,67% hal ini sedikit mengalami peningkatan. Tingkat kepuasan peserta didik tercapai rata-rata 82,25% dari target 80%. Hal yang masih harus ditingkatkan adalah fasilitas akomodasi peserta didik. Strategi pemanfaatan aset ex Poltekes dapat menjadikan alternative solusi terkait hal ini, meskipun masih memerlukan sumberdaya untuk renovasi dan melengkapi mebelernya. Indikator jumlah institusi jejaring pendidikan dan penelitian bidang psikogeriatri tidak mengalami pertumbuhan dibandingkan periode sebelumnya. Sampai saat ini terdapat satu insitusi pendidikan jejaring Pendidikan psikogeriatri yaitu Pendidikan Dokter Fakultas Widya Mandala Surabaya. Yang menjadi tantangan di Direktorat SDM dan Pendidikan saat ini adalah membangun jejaring Pendidikan dan penelitian dengan Program Studi Pendidikan Dokter Spesialis yang hingga saat ini belum terlaksana.

Penambahan kompetensi Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Anak dan Remaja, merupakan aset penting yang mempunyai daya ungkit dalam pengembangan pelayanan subspecialistik di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Diperlukan kerjasama dengan Direktorat Medik dan Keperawatan serta Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum untuk Bersama-sama mewujudkan upaya pengembangan layanan subspecialistik selain layanan unggulan psikogeriatri di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, serta upaya pengembangan Pendidikan dan penelitian di bidang ilmu kedokteran jiwa. Evaluasi implementasi sistem remunerasi semester I tahun 2019, diperoleh hasil bahwa sejak tahun 2014 belum ada upaya revisi KMK Nomor 371 Tahun 2014 tentang Remunerasi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai BLU RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang pada Kementerian Kesehatan, sehingga sudah tidak relevan untuk diterapkan. Penerapan sistem remunerasi berdasarkan KMK Nomor 371 Tahun 2014 sesuai dengan target pendapatan 23 Milyar, sedangkan kondisi tahun 2018 pendapatan sudah mencapai 58 Milyar.

Pada awal tahun 2019 dilakukan upaya usulan revisi KMK remunerasi sesuai dengan kondisi dan target pendapatan tahun 2020 dan disetujui pada tanggal 13 Mei 2019 dengan KMK Nomor 398 Tahun 2019 tentang Remunerasi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai BLU RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang pada Kementerian Kesehatan. Hal ini diikuti oleh surat persetujuan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang alokasi anggaran remunerasi sebesar maksimal 51% dengan pendapatan grade terendah setara dengan tunjangan kinerja sebesar Rp 3.531.000,00. Hal tersebut menjadi tantangan tersendiri, karena pencapaian pendapatan BLU RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang pada Semester 1 Tahun 2019 belum mencapai target, sehingga diperlukan penyesuaian terhadap sistem penghitungan remunerasi tersebut. Diharapkan penyesuaian yang dilakukan tidak mengurangi motivasi dari pegawai. Berdasarkan evaluasi grading pegawai, didapatkan beberapa definisi operasional tiap grade yang kurang tepat dan tidak dapat diimplementasikan dengan baik, antara lain tidak adanya peluang pengembangan professional sehingga berpeluang terjadinya *demotivasi* pegawai, perbedaan antar grade didasarkan pada masa kerja, bukan karena perbedaan kompetensi dan kinerja pegawai, dan terdapat beberapa grade yang tidak terisi karena tidak terakomodir dalam defines operasional yang tepat. Pada akhir semester I sudah dilakukan workshop remunerasi yang diikuti oleh perwakilan profesi dan jabatan untuk merumuskan revisi definisi operasional dan penetapan grading baru semua pegawai. Diharapkan dengan penetapan grading baru dapat memberikan ruang tumbuh yang cukup bagi pegawai untuk mengembangkan profesi dan karirnya. Evaluasi penerapan sistem remunerasi pegawai sesuai dengan regulasi yang berlaku dengan mempertimbangkan azas keadilan dan kepatutan diharapkan dapat meningkatkan motivasi pegawai dalam memberikan pelayanan. Hal ini merupakan salah satu upaya mendukung pencapaian Indikator Kinerja Direktur Utama tentang Visite dokter spesialis yang tidak tercapai target. Diharapkan evaluasi sistem remunerasi dan manajemen pengelolaan SDM dapat meningkatkan kinerja pegawai khususnya dokter spesialis.

Indikator terwujudnya kerjasama dengan sister hospital dalam dan luar negeri belum terealisasi. Penjajagan kerjasama melalui kegiatan studi banding ke Hospital Permai Malaysia sudah dilakukan pada awal semester 1 tahun 2019. Diharapkan pada semester 2 tahun 2019 kerjasama tersebut dapat terealisasi. Indikator pelaksanaan supervise institusi pendidikan dan terpenuhinya standar kompetensi pegawai tercapai sesuai target. Rata-rata jam pelatihan pegawai tercapai skor 1,5 dalam satu semester dibanding target skor 2 dalam satu tahun. Namun masih perlu perbaikan sistem teknologi informasi agar dapat secara otomatis teridentifikasi jumlah jam pelatihan tiap karyawan. Dengan penerapan sistem teknologi informasi kepegawaian terintegrasi diharapkan manajemen SDM dan Pendidikan dapat berjalan lebih optimal. Prosentase pegawai yang memenuhi standar kompetensi pada

semester 1 tahun 2019 tercapai 77 % dari target 75% (RSB). Penerapan manajemen risiko terhadap SDM dilakukan dengan penerapan program pemeriksaan kesehatan bagi pegawai berisiko dan program penambah daya tahan tubuh pegawai. Pemeriksaan kesehatan bagi pegawai berisiko akan dilaksanakan pada semester 2 tahun 2019. Sedangkan program penambah daya tahan tubuh pegawai sudah dilaksanakan sejak awal semester 1 dan sudah dilakukan evaluasi sebagai dasar penerapan program pada periode selanjutnya.

Kinerja Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum untuk realisasi penerimaan untuk periode yang berakhir pada 30 Juni 2019 sejumlah Rp. 28.643.784.960,- mengalami kenaikan sejumlah Rp. 2.795.723.583,- dibandingkan Semester I tahun 2018. Penerimaan IPWL terealisasi sebesar Rp. 567.646.381,- yang merupakan pembayaran klaim IPWL bulan Januari-April tahun 2019. Semester I Tahun 2018 belum ada penerimaan dari klaim IPWL karena pada saat itu tersebut masih dalam proses verifikasi.

Dalam perhitungan Kepuasan pelanggan telah dilakukan pengukuran dengan kegiatan survey kepuasan pasien dan masyarakat pada semester I tahun 2019 mencapai angka rata-rata 84,27% dengan kategori sehat A dengan mencapai nilai 78,37%. Kepedulian terhadap RS berseri mencapai 9567,75, dan sudah sesuai standard yang ditentukan yaitu > 7500. Hasil penilaian proper lingkungan masih Hitam sedangkan standard yang ditentukan adalah hijau, hal ini dikarenakan belum terselesaikannya ijin Incenerator yang dimiliki oleh RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

Pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKI) Direktur Utama selama Semester 1 tahun 2019 dengan jumlah terkecil 75 skor 1,5 dan tertinggi 96,3 dengan skor 2 dengan nilai rerata indikator adalah 1,75. Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Direktur Utama semester 1 tahun 2019 tercapai 0,99 dengan capaian 1,25



## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. LATAR BELAKANG**

Sebuah Badan Layanan Umum (BLU) berdasarkan Pasal 5 PP Nomor 23 tahun 2005 dibentuk dengan tujuan untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan pada prinsip ekonomi, produktivitas dan penerapan praktek bisnis yang sehat.

RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah ditetapkan sebagai instansi PPK BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/MenKes/SK/VI/2007 serta Surat Keputusan Menteri Keuangan No.284/KMK.05/2007. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 254/Menkes/Per.III/2008 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang merupakan unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan salah satu persyaratan administratifnya adalah kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

Sesuai Permenkes Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan pasal 996 bahwa setiap Kepala Satuan Organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk serta bertanggung jawab kepada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya.

RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat ditetapkan kembali ijin operasionalnya dan penetapan status RS Khusus Jiwa Kelas A pendidikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK. 02.03/I/0925/2015 tanggal 30 Maret 2015. Pada tanggal 30 Juni 2019, RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berhasil memperoleh sertifikat Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) International dan berlaku sejak tanggal 14 Januari 2019 sampai dengan 13 Januari 2022 dengan nomor : KARS-SERT/764/VI/2019.

Laporan berkala harus disampaikan ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dua kali dalam setahun yaitu Laporan semester 1 dan Laporan Tahunan. Dalam akhir anggaran juga diwajibkan membuat Laporan Tahunan dan Laporan Akuntabilitas Kinerja yang disampaikan ke PK BLU Dirjen Perbendaharaan Kementerian Kesehatan sebagai pembina BLU.

Dengan tersusunnya Laporan semester 1 tahun 2019 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, bagi organisasi akan diperoleh beberapa manfaat :

1. Dapat dijadikan acuan dalam menyusun dan membandingkan sasaran kerja/program kerja tiap unit kerja untuk peningkatan kinerja semester berikutnya.
2. Dapat dijadikan acuan dalam membuat analisis kinerja dan menyampaikan laporan pertanggung jawaban, sehingga akuntabilitas menjadi lebih jelas.
3. Dari matrik kegiatan dapat diidentifikasi prioritas pelayanan yang akan dikembangkan dan usaha ditingkatkan secara efisien guna mobilisasi sumberdaya.
4. Dapat dijadikan acuan dalam intensifikasi dan kualitas pelayanan sesuai dengan daya tarik / peluang pasar sesuai hasil pemetaan business beberapa unit kerja.
5. Dapat dijadikan acuan dalam menetapkan strategi pencapaian sasaran kerja unit pertanggungjawaban dan pengembangan program kerja untuk mewujudkan visi dan misi organisasi.

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN LAPORAN**

Maksud penyusunan Laporan Semester I Tahun 2019 adalah agar diperoleh data dan bahan informasi penilaian atas pencapaian kinerja organisasi yang disajikan dalam bentuk analisis capaian kinerja dari masing-masing direktorat sesuai dengan pernyataan penetapan kinerja.

Penyusunan dan penyampaian Penetapan Kinerja serta Laporan Semester I RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2019 juga dimaksudkan agar sesuai peraturan perundang-undangan dan disampaikan tepat waktu.

Tujuan penyusunan Laporan ini adalah :

1. Untuk mengetahui capaian kinerja sesuai dengan indikator program yang telah ditetapkan dalam RSB tahun 2015-2019 dan RBA tahun 2019 yang merupakan laporan semester 1 tahun kelima pelaksanaan pertama RSB, hambatan dan upaya tindak lanjut yang akan diambil untuk menyelesaikan masalah.
2. Untuk mengetahui keberhasilan program yang ditetapkan.
3. Untuk mengetahui pencapaian target, kegagalan program , hambatan untuk segera dilakukan tindak lanjut penyelesaian masalah.
4. Untuk mewujudkan pelayanan prima, kepuasan pelanggan dan keselamatan pasien sesuai visi dan misi organisasi.

## **C. SISTEMATIKA LAPORAN**

Laporan Semester I Tahun 2019 RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang menjelaskan perihal pencapaian kinerja RS Semester 1 tahun 2019. Pencapaian tersebut berdasarkan pada Indikator Kinerja Utama Rencana Strategi Bisnis (IKU RSB) tahun 2015 - 2019 sebagai tolak ukur keberhasilan tahunan.

Dimana sistematika penyajian Laporan Semester 1 tahun 2019 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat adalah sebagai berikut :

#### **BAB 1 : Pendahuluan**

Berisi latar belakang, maksud dan tujuan laporan serta ruang lingkup Laporan. Menjelaskan secara singkat tentang organisasi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat secara hukum dan fungsinya disertai tujuan dari penyusunan laporan semester 1 tahun 2019.

#### **BAB 2 : Analisis Situasi Awal Tahun**

Terdiri dari hambatan tahun lalu yaitu hambatan tahun 2018 yang diperkirakan masih mempengaruhi kinerja tahun 2019. Kelembagaan dalam organisasi, sumber daya yang meliputi data Sumber Daya Manusia/ SDM awal tahun 2019, kondisi sarana dan prasarana serta Alokasi Dana sesuai dengan DIPA tahun 2019.

#### **BAB 3 : Tujuan dan Sasaran Kerja**

Berisi Dasar hukum regulasi/ peraturan yang menjadi acuan dalam menetapkan tujuan, sasaran dan indikator. Dijabarkan dan dijelaskan secara rinci sebagai ketentuan organisasi dan tata kelola serta kewajiban dalam menyampaikan laporan kinerja organisasi RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Indikator dan target unit kerja mengacu :

1. Kontrak Indikator Kinerja Utama Tahun 2019
2. Kontrak Kinerja Tahun 2019 (IKI dan IKT)
3. Indikator Mutu Rumah Sakit.

#### **BAB 4 : Strategi Pelaksanaan**

Berisi strategi pelaksanaan pencapaian, tujuan dan sasaran, hambatan dalam pelaksanaan, terobosan yang dilakukan termasuk kerjasama para stakeholders. Menjabarkan dan menjelaskan operasional kebijakan dan program berupa kegiatan langsung atau tidak langsung dalam upaya pencapaian target. Masalah dan hambatan bisa terjadi secara internal maupun eksternal, langsung atau tidak langsung disertai kegiatan apa yang telah dilakukan untuk mengatasi hambatan tersebut.

#### **BAB 5 : Hasil Kerja**

Pada bab ini menjelaskan tentang:

##### **A. Pencapaian Target Kinerja dan Pendapatan**

1. Pencapaian Indikator Kinerja Utama semester 1 Tahun 2019

Dijelaskan kinerja tiap KPI dan kinerja program kegiatan yang menunjang KPI tersebut termasuk didalamnya Kinerja unit, didalamnya termasuk Tingkat Kesehatan RS Semester 1 tahun 2019.

2. Kontrak Kinerja Tahun 2019 (IKI dan IKT).
  3. Pencapaian Unit Kerja
  4. Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit.
- B. Realisasi Anggaran semester 1 tahun 2019  
Dijelaskan realisasi sesuai dengan Program kegiatan dalam KPI
- C. Program unggulan

## **BAB 6 : Penutup**

### A. Kesimpulan

Menjelaskan tentang tingkat kesehatan BLU, Capaian IKI dan IKT direktur Utama, capain kinerja Utama dalam RSB serta capaian Indikator Mutu RSJRW. Kinerja Keuangan dalam realisasi Anggaran, serta program pengembangan dan peningkatan mutu Layanan

### B. Saran dan tindak lanjut

Berisi saran dan harapan yang diperlukan dalam upaya perbaikan yang akan datang.



## **BAB II**

### **ANALISA SITUASI AWAL TAHUN**

#### **A. HAMBATAN AWAL TAHUN 2019**

Beberapa permasalahan dan hambatan yang dihadapi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat pada semester 1 tahun 2019, antara lain :

##### **1. Direktorat Medik dan Keperawatan**

- 1) Penataan sistem rujukan berjenjang pasien JKN dan pemetaan rujukan pasien JKD memberikan konsekuensi pada jumlah kunjungan di beberapa klinik rawat jalan terutama Klinik Spelis Non Psikiatri.
- 2) Terhambatnya pemenuhan SDM khususnya Psikiater, dokter umum dan perawat yang berdampak pada penurunan kualitas kinerja di beberapa unit pelayanan khususnya Klinik rawat jalan dan rawat inap.
- 3) Terdapat investasi peralatan medis yang belum dimanfaatkan karena terkendala proses perijinan.
- 4) Tim promosi yang belum full time dan berdiri sendiri.
- 5) Pemetaan area promosi yang belum optimal.
- 6) Implementasi konsep PDCA pada aspek pelayanan dan promosi yang belum optimal.
- 7) Implementasi system remunerasi yang belum mendukung terwujudnya suasana kerja yang kompetitif dan produktif.
- 8) Kurang optimalnya pencapaian program psikogeriatri sebagai unit unggulan di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Kendala terutama berkaitan dengan dukungan kompetensi SDM, sarana prasarana dan promosi (pemasaran).

##### **2. Direktorat SDM dan Pendidikan**

Berdasarkan program kerja Direktorat Sumber Daya Manusia tahun 2019 terdapat beberapa program yang perlu diupayakan peningkatan pelaksanaannya, melalui beberapa strategi yang telah ditetapkan dalam RBA, namun dalam pelaksanaannya berbagai permasalahan dan hambatan yang dijumpai pada awal tahun 2019 adalah sebagai :

- 1) Pengembangan pelayanan di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang dan SDM yang memasuki masa pensiun berdampak pada kekurangan SDM di beberapa unit kerja, sementara kebijakan pemerintah yang menetapkan moratorium belum dicabut, sehingga formasi CPNS tahun 2019 hanya untuk mengganti pegawai yang pensiun.

- 2) Aplikasi sistem administrasi kepegawaian dari pusat sering terjadi gangguan, sehingga proses online data kepegawaian sering terganggu.
- 3) Implementasi dan evaluasi budaya kerja di RSJRW perlu ditingkatkan.
- 4) Kondisi alokasi anggaran belanja pegawai RSJRW yang masih terbatas untuk memenuhi pemberian remunerasi pegawai sesuai dengan nilai yang ditetapkan pada tunjangan kinerja (tukin), perlu upaya peningkatan pendapatan rumah sakit.
- 5) Adanya regulasi baru terkait dengan persyaratan lulus uji kompetensi dan ketersediaan Peta Jabatan untuk kenaikan jabatan fungsional pegawai.
- 6) Pencapaian kompetensi pegawai belum terpenuhi, yaitu masih tercapai 24,6% dari target sebesar 70%.
- 7) Beberapa asrama mahasiswa praktek yang memerlukan perbaikan sarpras dan penambahan kamar mandi berdampak pada kepuasan peserta didik akan akomodasi.
- 8) Adanya pengembalian asrama Ex Poltekkes ke RSJ Dr.Radjiman bisa menambah kapasitas asrama mahasiswa yang praktek di RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang, namun memerlukan mebel baru serta koordinasi lebih lanjut untuk perubahan zoning asrama.
- 9) Pegawai yang mengalami permasalahan dalam penerbitan ijin belajar dan tugas belajar masih memerlukan koordinasi intensif dengan Ditjen Yankes, Biro Kepegawaian dan PPSDM Kementerian Kesehatan RI, sehingga berdampak pada data existing SDM dengan jabatan tertentu serta administrasi kepegawaian yang bersangkutan.
- 10) Belum adanya pegawai yang memiliki jabatan fungsional dokdiknis, berdampak pada Rumah Sakit sebagai Rumah Sakit Pendidikan.
- 11) Revolusi industri 4.0 memerlukan dukungan IT dalam menunjang pendidikan
- 12) Sebagai RS Pendidikan memerlukan sarana lab skill yang memadai.
- 13) Pengembangan museum terbatas oleh lahan yang ditempati saat ini dan jumlah SDM di Museum Kesehatan Jiwa.

### **3. Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum**

#### **a. Permasalahan dan hambatan Sarana Prasarana dan Alkes**

- 1) Kondisi bangunan banyak yang sudah lama/tua sehingga untuk pemeliharaan dan rehabilitasi diperlukan biaya yang sangat besar, sedangkan alternatif pembiayaan sangat terbatas maka perlu diprioritaskan rehabilitasi bangunan sesuai peruntukannya terutama untuk pengembangan pelayanan medik maupun keperawatan.

- 2) Banyak peralatan kesehatan khususnya untuk penapisan diagnosis secara teknologi sudah tertinggal, sementara harga peralatan sangat mahal, sedangkan anggaran dari pemerintah untuk pengadaan peralatan sangat terbatas.
- 3) Penambahan fasilitas untuk pelayanan unggulan psikogeriatri dan pelayanan penunjang kesehatan jiwa membutuhkan biaya besar maka perlu diprioritaskan pengadaan sesuai peruntukannya terutama untuk pengembangan pelayanan medik maupun keperawatan yang benar-benar dibutuhkan oleh pelanggan..
- 4) Proses penghapusan barang dan gedung birokrasinya panjang sehingga memperlambat kegiatan pengembangan selanjutnya. Masih dilakukan inventaris gedung, barang dan alat kesehatan yang akan diusulkan penghapusan.
- 5) Proses perijinan masih mengalami kendala dalam koordinasi dengan dinas perijinan setempat yang belum selesai adalah perijinan Incenerator dan Hidrant.

#### **b. Permasalahan Keuangan**

- 1) Terbatasnya anggaran untuk pengembangan pelayanan sehingga kegiatan tidak bisa dilakukan secara optimal.
- 2) Masih adanya usulan pengadaan barang dan modal yang tidak sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran berjalan.
- 3) Adanya keterlambatan proses revisi anggaran sehingga menghambat pelaksanaan pembayaran kepada pihak ke tiga, karena revisi menggunakan single sistem
- 4) Sumber dana investasi dari pendapatan BLU belum cukup untuk memenuhi kebutuhan pengembangan Rumah Sakit.
- 5) Target yang telah ditetapkan dalam RBA tidak seluruhnya dapat tercapai, hal ini antara lain disebabkan karena penetapan target kurang realistis.
- 6) Pemenuhan sarana prasarana peralatan kesehatan dan rumah tangga belum mengacu pada standart sarana prasarana di rumah sakit.
- 7) Adanya bangunan yang sudah lama/tua dan rusak membutuhkan biaya pemeliharaan dan rehabilitasi yang sangat besar, sedangkan alternatif pembiayaan sangat terbatas maka perlu diprioritaskan rehabilitasi bangunan sesuai peruntukannya terutama untuk pengembangan pelayanan medik maupun keperawatan.
- 8) Penambahan fasilitas untuk pelayanan unggulan psikogeriatri dan pelayanan penunjang kesehatan jiwa membutuhkan biaya besar maka perlu diprioritaskan pengadaan sesuai peruntukannya terutama untuk pengembangan pelayanan medik maupun keperawatan yang benar-benar dibutuhkan oleh pelanggan.
- 9) Proses penghapusan barang dan gedung birokrasinya panjang sehingga memperlambat kegiatan pengembangan selanjutnya.

- 10) Proses perijinan masih mengalami kendala dalam koordinasi dengan dinas perijinan setempat.
- 11) Perbedaan pedoman RSB dengan RBA menyulitkan untuk sinkronisasi Program dan Kegiatan Unit dan juga untuk keperluan pembuatan Pelaporan LAKIP/ LAPTAH Rumah Sakit.
- 12) Perlunya penyempurnaan aplikasi persediaan dan terintegrasinya aplikasi persediaan obat sebagai data dukung untuk Laporan Keuangan

## **B. KELEMBAGAAN**

Berdasarkan Permenkes No. 254/Menkes/Per/III/2008 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah Unit Pelaksana Teknis di lingkungan Kementerian Kesehatan yang menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara profesional, serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan, pendidikan dan penelitian serta upaya lain sesuai kebutuhan.

Dalam melaksanakan tugas tersebut Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mempunyai fungsi sebagai berikut :

- a. Pelayanan medik;
- b. Pelayanan penunjang medik dan non medik ;
- c. Pelayanan dan asuhan keperawatan;
- d. Pelayanan rujukan;
- e. Pelayanan umum dan operasional;
- f. Pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
- g. Pelayanan administrasi dan keuangan;
- h. Pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan;
- i. Penelitian dan pengembangan;
- j. Jasa lain sesuai kebutuhan.

Struktur Organisasi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Nomor: SK Menkes 254/Menkes/Per/III/2008 pada Maret 2008 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dipimpin oleh satu orang Direktur Utama, dibantu oleh tiga orang Direktur, yaitu: Direktur Medik dan Keperawatan, Direktur SDM dan Pendidikan

serta Direktur Keuangan dan Administrasi Umum. Adapun susunannya adalah sebagai berikut:

Direktur Utama	: dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS
Direktur Medik dan Keperawatan	: dr. Yuniar, Sp. KJ
Direktur SDM dan Pendidikan	: dr. Ika Nurfarida, Sp.KJ, M.Sc
Direktur Keuangan dan Administrasi Umum	: Istoe Heroe Widodo, SE

Dalam pelaksanaan tugas operasional, Direktur Utama dan para Direktur dibantu oleh Dewan Pengawas, Satuan Pemeriksaan Intern (SPI), Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite K3 RS, Komite PPI, Komite Mutu dan Keselamatan Kinerja serta seluruh jajaran struktural dan fungsional terkait.

## C. SUMBER DAYA

### 1. Sumber Daya Manusia

Keadaan Sumber Daya Manusia digambarkan berdasarkan Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawangyang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.254/Permenkes /III/2008 yang telah mengalami beberapa perkembangan organisasi sesuai kebutuhan dan peraturan yang berlaku. Gambaran selengkapnya keadaan ketenagaan pada awal tahun 2019 dapat digambarkan sebagai berikut :

#### Keadaan Ketenagaan per 30 Juni 2019

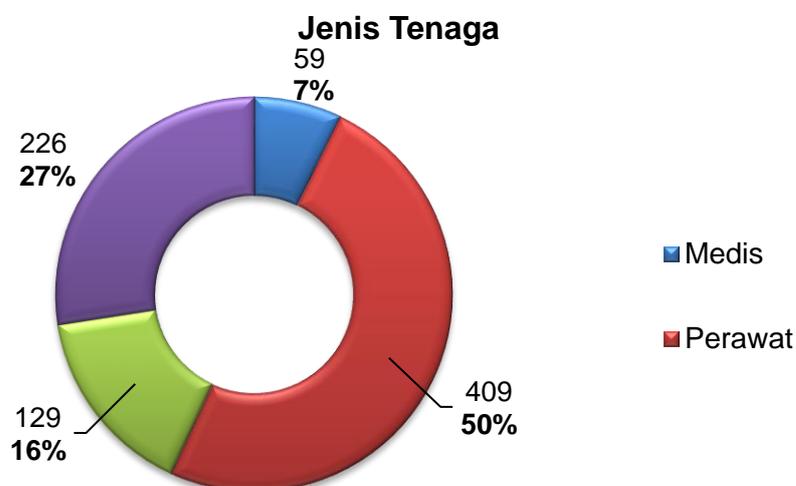
No	Uraian	Semester 1 Tahun 2019	
<b>A</b>	<b>MENURUT JABATAN</b>		
	1	STRUKTURAL	
		Eselon I	0
		Eselon II	1
		Eselon III a	3
		Eselon III b	6
		Eselon IV	14
	2	FUNGSIONAL	500
	3	STAFF	164
		<b>JUMLAH</b>	<b>688</b>
		NON PNS	135
	<b>JUMLAH</b>	<b>823</b>	
<b>B</b>	<b>MENURUT GOLONGAN</b>		
		Golongan IV	95
		Golongan III	488
		Golongan II	105
		Golongan I	0
		<b>JUMLAH</b>	<b>688</b>
		NON PNS	135
		<b>JUMLAH</b>	<b>823</b>

C			MENURUT PENDIDIKAN	
		S3		0
		S2		32
		S1		205
		D.IV		40
		D.III		291
		Akademi		
		D.I		2
		SLTA		115
		SLTP		2
		SD		1
		<b>JUMLAH PNS</b>		<b>688</b>
		<b>NON PNS</b>		<b>135</b>
<b>JUMLAH</b>				<b>823</b>

**Data pegawai Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat  
Lawang Periode 30 Juni 2019**

No.	Jenis Tenaga	Periode Semester 1 Tahun 2019		
		PNS	Non PNS/	Jumlah
1.	Medis	53	6	59
2.	Perawat	356	53	409
3.	Penunjang Medis	115	14	129
4.	Administrasi	164	62	226
<b>Jumlah</b>		<b>688</b>	<b>134</b>	<b>823</b>

**Data Pegawai RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat  
Lawang Periode 30 Juni 2019**



## 2. Sarana Prasarana

Laporan Barang Kuasa Pengguna Semesteran  
Intrakomptabel Rincian Per Kelompok Barang Semester I  
Tahun Anggaran 2019

Akun Neraca/Kelompok Barang		Sat	Saldo Per 1 Januari 2019		Mutasi				Saldo Per 30 Juni 2019	
					Bertambah		Berkurang			
Kode	Uraian		Kuantitas	Nilai	Kuantitas	Nilai	Kuantitas	Nilai	Kuantitas	Nilai
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
131111	Tanah		2.993.440	526.493.393.000	-	-	-	-	2.993.440	526.493.393.000
2.01.01	Tanah Persil	M2	425.650	389.801.703.000	-	-	-	-	425.650	389.801.703.000
2.01.02	Tanah Non Persil		2.567.790	136.691.690.000	-	-	-	-	2.567.790	136.691.690.000
132111	Peralatan Dan Mesin		14.280	99.360.695.763	62	238.328.900	-	-	14.342	99.599.024.663
3.01.03	Alat Bantu		49	3.550.597.756	4	10.560.000	-	-	53	3.561.157.756
3.02.01	Alat Angkutan Darat Bermotor	Unit	42	5.676.021.875	-	-	-	-	42	5.676.021.875
3.02.02	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	Unit	65	263.387.055	-	-	-	-	65	263.387.055
3.03.01	Alat Bengkel Bermesin	Buah	72	161.650.125	2	5.830.000	-	-	74	167.480.125
3.03.02	Alat Bengkel Tak Bermesin	Buah	50	106.303.845	-	-	-	-	50	106.303.845
3.03.03	Alat Ukur	Buah	73	148.352.430	-	-	-	-	73	148.352.430
3.04.01	Alat Pengolahan	Buah	10	536.773.000	-	-	-	-	10	536.773.000
3.05.01	Alat Kantor		2.133	6.988.722.767	5	21.196.600	-	-	2.138	7.009.919.367
3.05.02	Alat Rumah Tangga		8.106	23.447.296.916	35	127.850.800	-	-	8.141	23.575.147.716
3.06.01	Alat Studio	Buah	433	2.211.158.032	-	-	-	-	433	2.211.158.032
3.06.02	Alat Komunikasi	Buah	64	619.722.950	6	22.110.000	-	-	70	641.832.950
3.06.03	Peralatan Pemancar	Buah	11	1.502.299.550	-	-	-	-	11	1.502.299.550
3.07.01	Alat Kedokteran		1.332	37.418.490.119	5	29.950.000	-	-	1.337	37.448.440.119

3.07.02	Alat Kesehatan Umum		163	2.395.903.136	3	16.000.000	-	-	166	2.411.903.136
3.08.01	Unit Alat Laboratorium	Buah	358	4.830.069.254	-	-	-	-	358	4.830.069.254
3.08.02	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	Buah	22	74.415.000	2	4.831.500	-	-	24	79.246.500
3.08.03	Alat Laboratorium Fisika Nuklir/Elektronika	Buah	23	32.100.000	-	-	-	-	23	32.100.000
3.08.04	Alat Proteksi Radiasi/Proteksi Lingkungan	Buah	1	20.319.200	-	-	-	-	1	20.319.200
3.08.05	Radiation Application & Non Destructive Testing Laboratory	Buah	3	13.420.000	-	-	-	-	3	13.420.000
3.08.06	Alat Laboratorium Lingkungan Hidup		8	1.286.054.000	-	-	-	-	8	1.286.054.000
3.08.07	Peralatan Laboratorium Hidrodinamica	Buah	2	15.109.760	-	-	-	-	2	15.109.760
3.08.08	Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi & Instrumentasi	Buah	15	1.511.908.736	-	-	-	-	15	1.511.908.736
3.10.01	Komputer Unit	Buah	455	3.979.380.067	-	-	-	-	455	3.979.380.067
3.10.02	Peralatan Komputer		511	1.671.789.552	-	-	-	-	511	1.671.789.552
3.11.02	Alat Eksplorasi Geofisika	Buah	32	35.050.000	-	-	-	-	32	35.050.000
3.15.02	Alat Pelindung		13	22.450.000	-	-	-	-	13	22.450.000
3.15.03	Alat Sar	Buah	6	21.377.900	-	-	-	-	6	21.377.900
3.15.04	Alat Kerja Penerbangan	Buah	19	142.185.000	-	-	-	-	19	142.185.000
3.16.01	Alat Peraga Pelatihan Dan Percontohan		18	135.212.000	-	-	-	-	18	135.212.000
3.17.01	Unit Peralatan Proses/Produksi	Buah	40	57.200.000	-	-	-	-	40	57.200.000
3.19.01	Peralatan Olah Raga	Buah	151	485.975.738	-	-	-	-	151	485.975.738
<b>133111</b>	<b>Gedung Dan Bangunan</b>		<b>217</b>	<b>108.162.652.408</b>	<b>1</b>	<b>214.967.500</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>218</b>	<b>108.377.619.908</b>
4.01.01	Bangunan Gedung Tempat Kerja	Unit	160	88.796.867.760	1	214.967.500	-	-	161	89.011.835.260
4.01.02	Bangunan Gedung Tempat Tinggal		47	14.265.691.748	-	-	-	-	47	14.265.691.748
4.04.01	Tugu/Tanda Batas	Unit	10	5.100.092.900	-	-	-	-	10	5.100.092.900
<b>134111</b>	<b>Jalan Dan Jembatan</b>		<b>1.715</b>	<b>3.482.116.008</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1.715</b>	<b>3.482.116.008</b>

5.01.01	Jalan	M2	1.490	3.090.753.008	-	-	-	-	1.490	3.090.753.008
5.01.02	Jembatan	M2	225	391.363.000	-	-	-	-	225	391.363.000
<b>134112</b>	<b>Irigasi</b>		<b>8</b>	<b>3.504.971.326</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>8</b>	<b>3.504.971.326</b>
5.02.02	Bangunan Pengairan Pasang Surut	Unit	2	1.592.981.650	-	-	-	-	2	1.592.981.650
5.02.05	Bangunan Pengembangan Sumber Air Dan Air Tanah		2	1.135.662.676	-	-	-	-	2	1.135.662.676
5.02.06	Bangunan Air Bersih/Air Baku	Unit	4	776.327.000	-	-	-	-	4	776.327.000
<b>134113</b>	<b>Jaringan</b>		<b>5</b>	<b>3.023.320.966</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>5</b>	<b>3.023.320.966</b>
5.03.01	Instalasi Air Bersih / Air Baku		1	756.483.000	-	-	-	-	1	756.483.000
5.03.05	Instalasi Pembangkit Listrik	Unit	1	22.828.668	-	-	-	-	1	22.828.668
5.03.10	Instalasi Lain	Unit	1	949.750.000	-	-	-	-	1	949.750.000
5.04.02	Jaringan Listrik		2	1.294.259.298	-	-	-	-	2	1.294.259.298
<b>135121</b>	<b>Aset Tetap Lainnya</b>		<b>949</b>	<b>386.297.000</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>949</b>	<b>386.297.000</b>
6.01.01	Bahan Perpustakaan Tercetak	Buah	901	65.313.000	-	-	-	-	901	65.313.000
6.02.01	Barang Bercorak Kesenian		47	30.349.000	-	-	-	-	47	30.349.000
6.02.02	Alat Bercorak Kebudayaan	Buah	1	290.635.000	-	-	-	-	1	290.635.000
<b>166112</b>	<b>Aset Tetap Yang Tidak Digunakan</b>		<b>77</b>	<b>10.202.000</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>77</b>	<b>10.202.000</b>
3.01.03	Alat Bantu	Unit	1	74.000	-	-	-	-	1	74.000
3.02.02	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	Unit	1	72.000	-	-	-	-	1	72.000
3.03.01	Alat Bengkel Bermesin	Buah	1	15.000	-	-	-	-	1	15.000
3.03.02	Alat Bengkel Tak Bermesin	Buah	1	68.000	-	-	-	-	1	68.000
3.05.01	Alat Kantor	Buah	5	1.376.000	-	-	-	-	5	1.376.000
3.05.02	Alat Rumah Tangga	Buah	60	4.462.000	-	-	-	-	60	4.462.000
3.07.01	Alat Kedokteran	Buah	5	48.000	-	-	-	-	5	48.000

3.08.01	Unit Alat Laboratorium	Buah	1	3.919.000	-	-	-	-	1	3.919.000
3.19.01	Peralatan Olah Raga	Buah	1	18.000	-	-	-	-	1	18.000
6.02.01	Barang Bercorak Kesenian	Buah	1	150.000	-	-	-	-	1	150.000
<b>TOTAL</b>				<b>744.423.648.471</b>		<b>453.296.400</b>		<b>-</b>		<b>744.876.944.871</b>

Laporan Posisi Barang Milik Negara  
( Menurut SIMAK BMN - Per tanggal 30 Juni 2019 )

<b>a</b>	<b>BMN INTRAKOMTABEL</b>			
	Posisi Awal (01 Januari 2019)	:	Rp	744.423.648.471
	Penambahan	:	Rp	453.296.400
	Pengurangan	:	Rp	-
	Posisi Akhir (30 Juni 2019)	:	Rp	744.876.944.871
<b>b</b>	<b>BMN EKSTRA KOMTABEL</b>			
	Posisi Awal (01 Januari 2019)	:	Rp	136.394.490
	Penambahan	:	Rp	-
	Pengurangan	:	Rp	-
	Posisi Akhir (30 Juni 2019)	:	Rp	136.394.490
<b>c</b>	<b>BMN GABUNGAN INTRA &amp; EKSTRA</b>			
	Posisi Awal (01 Januari 2019)	:	Rp	744.560.042.961
	Penambahan	:	Rp	453.296.400
	Pengurangan	:	Rp	-
	Posisi Akhir (30 Juni 2019)	:	Rp	745.013.339.361
<b>d</b>	<b>BMN ASET TAK BERWUJUD</b>			
	Posisi Awal (01 Januari 2019)	:	Rp	508.684.500
	Penambahan	:	Rp	-
	Pengurangan	:	Rp	-
	Posisi Akhir (30 Juni 2019)	:	Rp	508.684.500
<b>e</b>	<b>KONSTRUKSI DALAM Pengerjaan</b>			
	Posisi Awal (01 Januari 2019)	:	Rp	126.760.000
	Penambahan	:	Rp	77.178.173
	Pengurangan	:	Rp	-
	Posisi Akhir (30 Juni 2019)	:	Rp	203.938.173

f	<b>PERSEDIAAN</b>			
	Posisi Awal (01 januari 2019)	:	Rp	4939.314.586
	Mutasi	:	Rp	899.499.492
	Posisi Akhir (30 Juni 2019)	:	Rp	4.039.815.094

Laporan Posisi Barang Milik Negara di Neraca Tahun 2019  
( Menurut SIMAK BMN - Per tanggal 30 Juni 2019 )

<b>Akun Neraca</b>		<b>Jumlah</b>
<b>Kode</b>	<b>Uraian</b>	
115111	Barang Konsumsi	399.416.255
115113	Bahan untuk pemeliharaan	78.545.337
117131	Bahan Baku	25.186.700
115191	Persediaan untuk tujuan strategis/ berjaga – jaga	-
117199	Persediaan Lainnya	3.536.666.802
131111	Tanah	526.493.393.000
131311	Peralatan dan Mesin	99.599.024.663
131511	Gedung dan Bangunan	108.377.619.326
131711	Jalan dan Jembatan	3.482.116.008
131712	Irigasi	3.504.971.326
131713	Jaringan	3.023.320.966
131921	Aset tetap lainnya	386.297.000
136111	Konstruksi Dalam Pengerjaan	203.938.173
162151	Software	508.684.500
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	10.202.000
<b>JUMLAH</b>		<b>651.063.920.962</b>

### 3. Dana

Pada bagian ini membahas sumber dana baik yang berasal dari rupiah murni, Alokasi Anggaran APBN (RM dan BLU) sesuai dengan DIPA untuk kegiatan Tahun 2019 adalah sebagai berikut :

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - II	REALISASI	%	SALDO
1	2	3	4	5	6
RM					
024.04.07	Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan				
2094	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan				
2094.506	Gedung Layanan	6.694.738.000	-	0,00%	6.694.738.000
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	6.694.738.000	-	0,00%	6.694.738.000
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	6.694.738.000	-	0,00%	6.694.738.000
2094.994	Layanan Perkantoran	64.543.426.000	27.846.806.513	43,14%	36.696.619.487
001	Gaji dan Tunjangan	46.906.601.000	23.499.231.212	50,10%	23.407.369.788
A	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	46.906.601.000	23.499.231.212	50,10%	23.407.369.788
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	31.747.937.000	16.610.221.680	52,32%	15.137.715.320
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	530.000	285.412	53,85%	244.588
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.253.466.000	1.165.984.948	51,74%	1.087.481.052
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	542.134.000	322.472.166	59,48%	219.661.834
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	153.265.000	115.245.000	75,19%	38.020.000
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.087.489.000	1.701.777.000	55,12%	1.385.712.000
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	298.073.000	49.188.426	16,50%	248.884.574
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.727.607.000	778.442.580	45,06%	949.164.420
511129	Belanja Uang Makan PNS	6.224.484.000	2.395.650.000	38,49%	3.828.834.000
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	69.000.000	34.500.000	50,00%	34.500.000
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	511.736.000	194.315.000	37,97%	317.421.000
512211	Belanja uang lembur	290.880.000	131.149.000	45,09%	159.731.000
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	17.636.825.000	4.347.575.301	24,65%	13.289.249.699
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	4.637.533.000	1.688.016.053	36,40%	2.949.516.947
521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1.620.042.000	639.259.210	39,46%	980.782.790
521114	Belanja pengiriman surat dinas pos pusat	28.000.000	7.776.800	27,77%	20.223.200
521115	Honor Operasional Satuan Kerja	484.590.000	123.591.000	25,50%	360.999.000
521832	Belanja Barang Persediaan Lainnya	1.427.166.000	315.977.500	22,14%	1.111.188.500
521219	Belanja Barang Non Operasional Lainnya	424.477.000	-	0,00%	424.477.000
521811	Belanja Barang Untuk Persediaan Barang Konsumsi	3.685.472.000	237.216.130	6,44%	3.448.255.870
522111	Belanja Langganan Listrik	1.030.004.000	554.390.628	53,82%	475.613.372
522112	Belanja Langganan Telepon	70.900.000	21.880.734	30,86%	49.019.266
522113	Belanja Langganan Air	43.000.000	17.900.400	41,63%	25.099.600
522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	233.360.000	99.635.248	42,70%	133.724.752
523111	Belanja Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	2.139.868.000	326.398.995	15,25%	1.813.469.005
523121	Belanja Biaya Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	873.560.000	133.563.570	15,29%	739.996.430
523133	Belanja Biaya Pemeliharaan Jaringan	512.741.000	-	0,00%	512.741.000
523123	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	189.635.000	57.237.602	30,18%	132.397.398
523191	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Lainnya	236.477.000	124.731.431	52,75%	111.745.569
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	9.725.305.000	2.199.120.721	22,61%	7.526.184.279
005	Pengadaan Obat-Obatan dan Bahan Medik Habis Pakai	9.725.305.000	2.199.120.721	22,61%	7.526.184.279
521832	Belanja Barang Operasional	9.725.305.000	2.199.120.721	22,61%	7.526.184.279
521832-Frm	Belanja Barang Operasional	9.725.305.000	2.199.120.721	22,61%	7.526.184.279
	<b>Jumlah</b>	<b>80.963.469.000</b>	<b>30.045.927.234</b>	<b>37,11%</b>	<b>50.917.541.766</b>

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - II	REALISASI	%	SALDO
1	2	3	3	3	3
BLU					
2094.508	Alat Kesehatan	1.359.813.000	71.193.900	5,24%	1.288.619.100
051	Pengadaan Alat Kesehatan	1.359.813.000	71.193.900	5,24%	1.288.619.100
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.359.813.000	71.193.900	5,24%	1.288.619.100
537112-508	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.359.813.000	71.193.900	5,24%	1.288.619.100
2094.970	Layanan Dukungan Manajemen Satker	420.060.000	132.794.864	31,61%	287.265.136
051	Penyusunan Rencana Program dan Penyusunan Rencana Anggaran	152.620.000	1.291.000	0,85%	151.329.000
525115	Beban Perjalanan	152.620.000	1.291.000	0,85%	151.329.000
525115-051	Beban Perjalanan	152.620.000	1.291.000	0,85%	151.329.000
053	Pengelolaan Keuangan dan Perbendaharaan	141.380.000	71.781.907	50,77%	69.598.093
525115	Beban Perjalanan	141.380.000	71.781.907	50,77%	69.598.093
525115-053	Beban Perjalanan	141.380.000	71.781.907	50,77%	69.598.093
054	Pengelolaan Kepegawaian	108.570.000	59.721.957	55,01%	48.848.043
525115	Beban Perjalanan	108.570.000	59.721.957	55,01%	48.848.043
525115-054	Beban Perjalanan	108.570.000	59.721.957	55,01%	48.848.043
055	Pelayanan Umum, Pelayanan Rumah Tangga dan Perlengkapan	17.490.000	-	0,00%	17.490.000
525115	Beban Perjalanan	17.490.000	-	0,00%	17.490.000
525115-055	Beban Perjalanan	17.490.000	-	0,00%	17.490.000
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	62.574.261.000	19.410.148.334	31,02%	43.164.112.666
051	Pembayaran Remunerasi	34.761.796.000	10.155.592.481	29,21%	24.606.203.519
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	34.761.796.000	10.155.592.481	29,21%	24.606.203.519
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	27.812.465.000	9.254.555.853	33,27%	18.557.909.147
525113	Beban Jasa	5.619.095.000	3.328.302.694	59,23%	2.290.792.306
525114	Beban Pemeliharaan	2.791.267.000	449.025.490	16,09%	2.342.241.510
525119	Beban Penyedia Barang dan Jasa BLU Lainnya	8.758.507.000	2.544.798.731	29,06%	6.213.708.269
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	10.643.596.000	2.932.428.938	27,55%	7.711.167.062
525129	Pengadaan Obat	-	-	-	-
2094.506	Gedung Layanan	3.233.149.000	77.178.173	2,39%	3.155.970.827
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	3.233.149.000	77.178.173	2,39%	3.155.970.827
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	3.033.149.000	77.178.173	2,54%	2.955.970.827
537115	Belanja Modal Fisik Lainnya	200.000.000	-	0,00%	200.000.000
2094.951	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	573.103.000	183.829.400	32,08%	389.273.600
053	Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	573.103.000	183.829.400	32,08%	389.273.600
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	573.103.000	183.829.400	32,08%	389.273.600
537112-951	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	573.103.000	183.829.400	32,08%	389.273.600
	<b>Jumlah</b>	<b>68.160.386.000</b>	<b>19.875.144.671</b>	<b>29,16%</b>	<b>48.285.241.329</b>



## **BAB III**

### **TUJUAN DAN SASARAN KINERJA**

#### **A. DASAR HUKUM**

Dasar Hukum Penyusunan Laporan Semester 1 Tahun 2019, meliputi :

- 1) Peraturan Presiden RI Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara. Pasal 89 (Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya).
- 2) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 76/PMK.05/2008 Tentang Pedoman Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan Pasal 996 (Setiap Kepala Satuan Organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk serta bertanggung jawab kepada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya).
- 4) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1981/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit
- 5) Peraturan Menteri Keuangan No. 249/PMK.02/2011 Tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Atas Pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga. Peraturan Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2013 Tentang Pedoman Penyusunan RBA BLU di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan
- 6) Peraturan Direktorat Jenderal Perbendaharaan No. 36/PB/2016 tentang Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.
- 7) Peraturan Direktorat Jenderal Perbendaharaan No. 5/PB/2017 tentang Pedoman Penyusunan Kontrak Kinerja dan Penetapan Persetujuan Capaian Kinerja Pemimpin Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.
- 8) Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor : HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama RSU/RS Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Dirjen Yankes Kementerian Kesehatan RI.
- 9) Keputusan Direktur PPK BLU Nomor S-2146/PB.5/2018 tanggal 5 maret 2018 tentang Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih Tahun anggaran 2018 Rumah sakit umum dan khusus
- 10) Penetapan Kinerja RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2019 dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan Dirjen

Perbendaharaan Kementerian Keuangan No. PRJ-28/PB/2019 pada tanggal 31 Januari 2018.

- 11) Rencana Strategi Bisnis RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2015 – 2019 dan Rencana Bisnis Anggaran RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2019.

## B. TUJUAN DAN SASARAN KINERJA

### *Tujuan Rumah Sakit*

Sesuai dengan rumusan Visi dan Misi di atas serta dengan memperhatikan program pokok tentang kesehatan jiwa pada Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2015 – 2019, yaitu untuk mencapai derajat kesehatan jiwa masyarakat yang setinggi-tingginya dengan menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan jiwa tertier (rujukan), sekunder dan primer melalui jejaring pelayanan kesehatan jiwa, maka dirumuskan tujuan Rumah Sakit sebagai berikut:

- 1) Terwujudnya peningkatan volume pelayanan kesehatan jiwa rawat jalan, rawat inap dan pelayanan penunjang serta peningkatan kunjungan pasien usia lanjut.
- 2) Tercapainya pelayanan melalui pendekatan multisektoral, multidisiplin, komprehensif dan holistik untuk mewujudkan pelayanan prima yang berorientasi pada keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan.
- 3) Terwujudnya pengembangan pelayanan kesehatan jiwa terpadu yang memenuhi kebutuhan masyarakat dan mendukung upaya peningkatan pendapatan BLU Rumah Sakit.
- 4) Terwujudnya pelayanan dengan model *clinical pathways* dan praktek keperawatan profesional (MPKP), dengan pemanfaatan sarana prasarana pelayanan berbasis teknologi informasi untuk menjadi rumah sakit jiwa yang maju dan modern.
- 5) Terwujudnya penanggulangan masalah psikososial di masyarakat dengan pelaksanaan promosi Keswa secara lebih intensif, kreatif, inovatif melalui penguatan jejaring pelayanan keswa.
- 6) Terwujudnya kecukupan rasio ketenagaan berdasarkan Analisis Beban Kerja
- 7) Tercapainya pengembangan kualitas SDM yang profesional berlandaskan moral, etika dan hukum melalui pendidikan, pelatihan dan penelitian berkelanjutan untuk memenuhi standar RS pendidikan dan Standar pelayanan RS kelas dunia.
- 8) Tercapainya peningkatan kesejahteraan pegawai sesuai dengan tingkat pertumbuhan organisasi melalui penerapan sistem remunerasi

- 9) Terwujudnya sistem manajemen keuangan dan pengelolaan sumber daya secara efisien, transparan, akuntabel melalui penerapan sistem akuntansi menuju predikat yang Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)
- 10) Optimalisasi pemanfaatan aset sesuai ketentuan yang berlaku untuk meningkatkan pendapatan operasional.

### Sasaran Rumah Sakit

Berdasarkan tujuan tersebut disusun sasaran, yaitu:

1. Tercapainya peningkatan jumlah kunjungan dan asuhan keperawatan pasien rawat jalan jiwa.
2. Tercapainya peningkatan jumlah kunjungan dan asuhan keperawatan pasien rawat jalan umum.
3. Tercapainya peningkatan jumlah kegiatan layanan penunjang.
4. Tercapainya peningkatan jumlah kunjungan dan asuhan keperawatan pasien IGD.
5. Tercapainya indikator pelayanan rawat inap sesuai standar ideal (BOR, AvLOS, dll), aspek, TAK, visite dan bimbingan ADL.
6. Tersusunnya *clinical pathway* jiwa.
7. Tercapainya peningkatan jumlah kegiatan layanan penunjang rawat inap.
8. Tercapainya pemulihan dan resosialisasi pasien.
9. Terealisasinya kerja sama lintas sektor dengan Dinas Sosial dan masyarakat.
10. Terkendalinya kualitas pelayanan sesuai standar akreditasi RS, ISO 9001: 2015 dan standar kelas dunia.
11. Tercapaiannya kualitas pelayanan sesuai SPM (standar pelayanan minimal) Instalasi di lingkup Direktorat Medik dan Keperawatan.
12. Meningkatnya jumlah cakupan kegiatan promosi kesehatan jiwa masyarakat
13. Meningkatnya pemahaman kesehatan jiwa masyarakat tentang masalah psikososial.
14. Meningkatnya kegiatan pembinaan keswa ke unit terkait untuk pelayanan integrasi.
15. Tercapainya pengembangan penyebaran informasi (publikasi) dan media promosi kesehatan jiwa.
16. Tercapaiannya pengembangan program kesehatan jiwa masyarakat (*Community Mental Health Program*).
17. Tercukupinya 90% ratio tenaga sesuai dengan analisis beban kerja.
18. Terealisasinya sistem remunerasi yang berbasis kinerja.
19. Terlaksananya penerapan *reward* dan *punishment* sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
20. Kesejahteraan karyawan meningkat sesuai dengan pertumbuhan organisasi.

21. Terealisasinya akreditasi SNARS Internasional RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
22. Tercapainya pengembangan SDM sesuai dengan program pengembangan RS.
23. Tercapainya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.
24. Tercapainya Penilaian Tingkat Kesehatan rumah sakit kategori sehat.
25. Terintegrasinya SIM RS.
26. Terealisasinya pengelolaan anggaran sesuai dengan perencanaan yang mengacu pada ketentuan pengelolaan keuangan.
27. Terlaksananya administrasi ketata usahaan dan pelaporan, kerumahtanggaan dan perlengkapan serta hukum, organisasi dan humas.
28. Tercapainya kinerja pelayanan pada seluruh Instalasi Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum.
29. Tercapainya kinerja pelayanan berbasis manajemen risiko terintegrasi.

### C. PENETAPAN INDIKATOR KINERJA

#### 1. Kontrak Indikator Utama Tahun 2019

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil maka dilakukan penetapan kinerja antara Direktur Utama RSj Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI sebagai berikut :

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Target
<b>Perspektif Stakeholder</b>				
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kesehatan RS BLU	Sehat AA
		2	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	80 %
		3	Tingkat Kepuasan Pegawai	80 %
		4	Tingkat Kepuasan Peserta Didik	80 %
		5	Prosentase Komplain yang Ditindaklanjuti	100 %
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>				
2	Terwujudnya Pelayanan yang Berkualitas.	6	Terakreditasi Nasional dan Internasional	SNARS Ed I Internasional
3	Terwujudnya Inovasi pelayanan berbasis RS dan komunitas	7	Jumlah pengembangan jenis layanan psikogeriatri berbasis RS	5
		8	Jumlah Pengembangan Jenis Layanan Psikogeriatri Berbasis Komunitas	5
4	Terwujudnya Pengembangan Kerjasama dengan Institusi Jejaring dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	9	Jumlah Institusi Jejaring Pelayanan Psikogeriatri	1
		10	Jumlah Institusi Jejaring Pendidikan Psikogeriatri	2
		11	Jumlah Institusi Jejaring Penelitian Psikogeriatri	1

		12	Pemberdayaan Layanan PPK Primer dan Sekunder	18
		13	Terealisasinya Kerjasama dengan Sister Hospital LN dan DN	1
		14	Prosentase Supervisi yang Dilakukan oleh Jejaring Pendidikan	80 %
5	Terwujudnya Bisnis Proses Internal yang Efektif	15	Prosentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU	100 %
<b>Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi</b>				
6	Terwujudnya budaya kinerja yang berkomitmen pelayanan prima	16	Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja	90%
7	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	17	Prosentase Pegawai yang Memenuhi Standar Kompetensi	75%
8	Terwujudnya kehandalan aset untuk psikogeriatri	18	OEE (overall equipment effectiveness )	80%
9	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	19	Level integrasi IT rumah sakit	Advance
<b>Perspektif Financial</b>				
10	Terwujudnya Efisiensi biaya	20	POBO	> 45%
11	Tercapainya peningkatan pendapatan RS	21	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10%

No	Kegiatan	Anggaran
1	Rupiah Murni /APBN	Rp. 80.963.469.000,-
2	Badan Layanan Umum (BLU)	Rp. 68.160.386.000,-
<b>Jumlah</b>		<b>Rp. 149.123.855.000,-</b>

## 2. Penetapan target Tingkat Kesehatan Tahun 2019

### Aspek Keuangan

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Satuan	Haper	Nilai Riil
1	Rasio Keuangan				
	a. Rasio Kas (Cash Ratio)	2,25	persen	10.007,53	0.5
	b. Rasio Lancar (Current Ratio)	2,75	persen	20.171,70	2.75
	c. Periode Penagihan Piutang (Collection Periode)	2,25	Hari	55,21	1.25
	d. Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2,25	persen	8,00%	0.75
	e. Imbalan atas Aktiva Tetap (Return of Fixed Asset)	2,25	persen	1,72%	1
	f. Imbalan Ekuitas (Return on Enquity)	2,25	persen	1,82	0.85
	g. Perputaran Persediaan (Inventory Turn over)	2,25	Hari	12,48	0.75
	i. Rasio POBO	2,75	persen	46,59%	2.75
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU				
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif				

	- Ditandatangani sebelum tgl 31 Desember tahun sebelumnya	0,4		Ditandatangani sebelum tanggal 31 Des 2018	0,4
	- Ditandatangani oleh pemimpin BLU	0,4		Sesuai	0,4
	- Diketahui oleh Dewas	0,4		Sesuai	0,4
	- Disetujui oleh Menteri	0,4		Sesuai	0,4
	- Format sesuai dengan PMK No.95/PMK.05/2011	0,4		Sesuai	0,4
	b. Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan				
	- Laporan Keuangan Semester 1 disampaikan ≤ tanggal 15 Juli	0,66		tepat waktu	0,66
	- Laporan Keuangan Tahunan disampaikan ≤ tanggal 22 Jan	0,67		tepat waktu	0,67
	- Audit Laporan Keuangan diaudit oleh auditor eksternal	0,67		tepat waktu	0,67
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU				
	- SP3BBLU TW 1 disampaikan akhir TW 1, saldo kas sesuai	0,4		sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 2 disampaikan akhir TW 2, saldo kas sesuai	0,4		sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 3 disampaikan akhir TW 3, saldo kas sesuai	0,4		sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 4 disampaikan sesuai langkah langkah akhir anggaran, saldo kas telah sesuai	0,8		sesuai	0,8
	d. Tarif Layanan, ditetapkan menteri keuangan	1		sesuai	1
	e. Sistem Akuntansi				
	- Sistem akuntansi keuangan	0,6		sesuai	0,6
	- Sistem akuntansi biaya	0,2		sesuai	0,2
	- Sistem Akuntansi Aset tetap	0,2		sesuai	0,2
	f. Persetujuan rekening				
	- Rekening pengelolaan kas	0,1		sesuai	0,1
	- Rekening operasional	0,3		sesuai	0,3
	- Rekening dana kelolaan	0,1		sesuai	0,1
	g. SOP Pengelolaan Kas	0,5		ada	0,5
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0,5		ada	0,5
	i. SOP Pengelolaan Utang	0,5		ada	0,5

	j. SOP pengadaan Barang dan Jasa	0,5		ada	0,5
	k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5		ada	0,5
	<b>Jumlah Skor Aspek Keuangan</b>	<b>30</b>			<b>21.6</b>

## Aspek Pelayanan

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor		Haper	Nilai Riil
1	Layanan				
	a. Pertumbuhan produktifitas				
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	2	kali	1,04	1,5
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	2	kali	0,95	1,25
	3) Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	2	kali	0,98	1,25
	4) Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	2	kali	0,95	1,25
	5) Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2	kali	0,92	1
	6) Pertumbuhan psikoterapi/ECT	2	kali	1,91	2
	7) Pertumbuhan rehab medik	2	kali	0,85	0,5
	8) Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	2	kali	1,11	2
	9) Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	2	kali	1	1,25
	b. Efektifitas Pelayanan				
	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	persen	96,06%	2
	2) Pengembalian rekam medik	2	persen	99,35%	2
	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	persen	2,23%	2
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	persen	0%	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	persen	97,16%	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	persen	4,31%	2
	7) Bed Occupacy Rate (BOR)	2	persen	74,93%	2
	c. Pertumbuhan Pembelajaran				
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1	jam	208%,6%	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	persen	0%	0
	3) Program reward and punishment	1		ada program dilaksanakan	1
2	Mutu dan manfaat kepada masyarakat				
	a. Mutu Pelayanan				
	1) Emergency Response Time Rate	2	menit	1 menit 39 detik	2
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	menit	78 menit 36 detik	1

3) Length of stay	2	hari	46,41 hari	1,5
4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	menit	26 menit 5 detik	1
5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	hari	6 menit 29 detik	2
6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	jam	48 menit 3 detik	2
7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	jam	1 jam 30 menit	2
b. Mutu Klinik				
1) Angka kematian di gawat darurat	2	persen	0%	2
2) Angka kematian/kebutaan $\geq 48$ jam	2	persen	0,3%	2
3) Post Operative Death Rate (ECT)	2	persen	0%	2
4) Angka infeksi nosokomial				
- luka fiksasi	1	persen	0,1%	1
- dermatomikosis	1	persen	0,2%	1
- scabies dan pedikulosis	1	persen	0,1%	1
- postural hipotensi	1	persen	0%	1
5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	persen	0%	2
c. Kepedulian kepada masyarakat				
1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	1		ada program dilaksanakan semua	1
2) Penyuluhan Kesehatan	1		ada program dilaksanakan semua	1
3) Rasio tempat tidur kelas III	2	persen	95,37%	2
d. Kepuasan Pelanggan				
1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	persen	100%	1
2) Kepuasan Pelanggan	1	persen	82,22%	0,82
e. Kepedulian terhadap lingkungan				
1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2		9525	2
2) Proper lingkungan	1		hitam	0,2
<b>Jumlah skor aspek pelayanan</b>	<b>70</b>			<b>59,52</b>
<b>Jumlah Total</b>	<b>100</b>			<b>81,12</b>
<b>Kriteria</b>				<b>BAIK AA</b>

### 3. Kontrak Kinerja Tahun 2019

Kontrak IKI Direktur Utama Tahun 2019 sebagai berikut :

Kategori Indikator		Indikator	Target Tahun 2019				Nilai Standart
No	AREA KLINIS		Tw1	Tw2	Tw3	Tw4	
1	Kepatuhan dalam pelaksanaan standard pelayanan	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)	100%	100%	100%	100%	100%
2		Prosentase kejadian pasien jatuh	≤1%	≤1%	≤1%	≤1%	≤ 3%
3		Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/ UPIP	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1,5%
4		Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 80%
5	Pengendalian Infeksi di RS	Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) / Phlebitis	≤ 5‰	≤ 5‰	≤ 5‰	≤ 5‰	≤ 5‰
6	Angka Kematian	Nett Death Rate (NDR)	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 24 ‰
7	Capaian Indikator Medik	Tidak ada Pasien yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa rawat 24 jam di UPIP	≥85%	≥90%	≥95%	≥95%	≥95%
8	Keselamatan Pasien	Tidak ada Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%	100%	100%	100%	100%
9	Keselamatan Pasien	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	100%	100%	100%	100%
<b>AREA MANAGERIAL</b>							
10	Utilisasi	Bed Occupancy Rate (BOR)	74 %	75 %	76%	77%	70-80%
11	Kepuasan Pelanggan	Kecepatan Respon Terhadap Komplain / KRK	100%	100%	100%	100%	100%
12	Ketepatan waktu pelayanan	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT) ≤ 75 menit	≤ 75 menit	≤ 70 menit	≤ 65 menit	≤ 60 menit	≤75 menit
13		Waktu Tunggu Rawat Jalan/ WTRJ	≤50 menit	≤45 menit	≤40 menit	≤40 menit	≤ 60 menit
14		Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi/ WTPR	≤ 4 jam	≤ 4 jam	≤ 4 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam
15		Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium / WTPL	≤ 1,5 jam	≤ 1,5 jam	≤ 1,5 jam	≤ 1,5 jam	≤ 2 jam
16		Waktu Tunggu Obat Jadi/ WTOJ	< 20 menit	< 18 menit	< 16 menit	< 15 menit	< 30 menit
17		Pengembalian RM dlm 1x24 jam/ PRM	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 80 %
18	Keuangan	Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional/ P B	45 %	45 %	45 %	45 %	50 < PB ≤ 57

Kontrak IKT Direktur Utama Tahun 2019 sebagai berikut :

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar		Target 2019	
		Semester I	Semester II	Semester I	Semester II
1.	Kepatuhan Terhadap <i>Clinical Pathway</i>	100%	100%	100%	100%
2.	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	80%	80%	85%
3.	Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS) Terintegrasi	50%	100%	50%	100%
4.	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	45%	50%
5.	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU <i>Integrated Online System/BIOS</i> )	100%	100%	100%	100%

#### 4. Penetapan Indikator Mutu

Kategori	Indikator	Target
Asesmen Pasien	1. Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
Pelayanan laboratorium	2. Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium < 30 Menit	100%
Pelayanan radiologi dan pencitraan diagnostik	3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi < 60 menit	100%
Prosedur bedah	4. Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi	100%
Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	5. Pemantauan Kejadian yang tidak Diharapkan pada Pemakaian Obat Psikofarmaka	≤ 5 %
Kesalahan medis (medical error) dan kejadian nyaris cedera (KNC)	6. Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	≤ 1,5 %
	7. Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri (IPIP)	≥ 95%
	8. Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3%
	9. Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Cacat/Gangguan Fungsi Permanen atau Kematian	0%
	10. Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%
	11. Kejadian Pasien Lari	≤5 %
	12. <i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰

Anestesi dan penggunaan sedasi	13. Asesmen Persiapan Anestesi	100%
Penggunaan darah dan produk darah	14. Pemantauan Kejadian Reaksi Transfusi	100%
Ketersediaan, isi, dan penggunaan catatan medik	15. Pengembalian Rekam Medis Lengkap dalam 24 Jam	≥ 90%
Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveillance dan pelaporan	16. Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer ( <i>Phlebitis</i> )	≤ 5‰
Riset klinis	17. Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	≥ 1,1%
Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien	18. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%
Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan	19. Kepatuhan Pengelolaan Laporan Rencana Bisnis Anggaran (RBA)Definitif	Skor = 2
	20. Kepatuhan Pengelolaan Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)	Skor = 2
	21. Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	Skor = 2
	22. Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor=100
Manajemen risiko	23. Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100%
Manajemen sumber daya	24. Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit
	25. Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	≤30 menit
	26. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi ≤ 3 Jam	100%
	27. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit
	28. <i>Emergency Psychiatric Response Time</i> (EPRT)	≤240 menit
	29. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%
Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga	30. Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 75%
Harapan dan kepuasan staf	31. Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	≥ 80%
	32. Kepuasan Pelanggan/Peserta Didik	≥ 70%
Demografi pasien dan diagnosis klinis	33. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	75-85%

Manajemen keuangan	34. Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional/PB (POBO)	50 - 57 %
Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah keselamatan pasien, keluarga dan staf	35. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) di Setiap Unit Kerja	≥75%
Ketepatan identifikasi pasien	36. Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
Peningkatan Komunikasi yang efektif	37. Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai	38. Angka Pemberian Label pada Obat <i>HIGH ALERT</i> .	100%
Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi (Idem Indikator Klinis No. 7)	100%
Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	39. Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100%
Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	40. Kejadian Jatuh Akibat Hipotensi Postural karena Efek Samping Obat Anti Psikotik	100%

## Penetapan Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2019

Unit Kerja	Indikator	Target
<b>Direktorat Medik &amp; Keperawatan</b>		
Bidang Medik	1. Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan	≥90%
Bidang Keperawatan	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan (idem Indikator Mutu Unit Kerja No. 1)	≥ 100%
Seksi Pelayanan Penunjang Medik	2. Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%
Seksi Pelayanan Medik	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%
	3. Koordinasi Pelaksanaan Rolling, Dropping dan Follow-up Pasien	≥ 90%
Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan	4. Koordinasi Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Pelayanan Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	≥ 90 %
Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap	5. Supervisi Keperawatan Sesuai Jadwal	≥ 95%

Instalasi Rawat Jalan	6. Pelayanan oleh Dokter Spesialis di Poliklinik Spesialis	100%
	7. Ketaatan Kontrol di Rawat Jalan	≥80 %
	8. Penerapan Konsultasi Keperawatan di Klinik Kesehatan Jiwa	100%
	9. Kejadian Drop-Out Pasien Terhadap Paket Pelayanan di Klinik Autis yang Direncanakan	≤ 50 %
	10. Keberhasilan Penambalan Gigi	≥ 95 %
	11. Keberhasilan Pencabutan Gigi	≥ 95 %
	12. Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤3 Hari	≥90 %
	13. Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤7Hari	≥ 90 %
Instalasi Gawat Darurat	14. Kematian Pasien ≤8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2‰
Instalasi Rawat Inap	15. Kejadian Pasien Pulang Paksa	≤ 5 %
	16. Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%
	17. Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
	18. Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥50 %
	19. Detoksifikasi Napza	≥80%
	20. Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%
	21. Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri	22. Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 10 Hari	≥85 %
Instalasi Psikogeriatri	23. Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%
	24. Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
Instalasi Farmasi	25. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit
	26. Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%

	27. Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa	100%
	28. Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%
	29. Ketersediaan Formularium dan <i>Update</i> Paling Lama 3 Tahun	100%
Instalasi Rekam Medik	30. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan $\leq 10$ Menit	100%
	31. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap $\leq 15$ Menit	100%
	32. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Sesudah Mendapatkan Informasi yang Jelas	100%
	33. Tidak ada Dokumen Rekam Medik yang Hilang	100%
Rehabilitasi Medik (Fisioterapi)	34. Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%
	35. Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi $\leq 120$ Menit	$\geq 90\%$
	36. Kejadian <i>DropOut</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	$\leq 50\%$
Instalasi Rehabilitasi (Mental)	37. Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi $< 2$ hari	$\geq 85\%$
	38. Angka Keberhasilan Rehabilitasi Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	$\geq 65\%$
Instalasi Radiologi	39. Angka Kegagalan Hasil Radiologi	Skor 2
	40. Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Label pada Film Rontgen	100%
Instalasi Gizi	41. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	$\geq 90\%$
	42. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%
Instalasi PKRS	43. Pelaksanaan Penyuluhan di Luar Rumah Sakit	100%
	44. Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	$\geq 90\%$
Instalasi Laboratorium	45. Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%
	46. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
	47. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%

Direktorat SDM dan Pendidikan		
Bagian SDM	48. Kelengkapan Pengisian Jabatan	>90 %
	49. Ketepatan Waktu Penyetoran Data Insentif Pegawai	100%
Sub.Bag. Adm. Kepegawaian	50. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%
	51. Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%
	52. Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%
Sub. Bag. Pengembangan SDM	53. Kinerja Pegawai Yang Baik, Sangat Baik dan Excellent	>95 %
	54. Program Reward dan Punishment	Ada program dilakukannya sepenuhnya
Bagian Diklit	55. Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan	≥ 0,80 per tahun atau
		≥ 0,40 per semester
Sub Bag Diklit Tenaga Medis	56. Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Medis	90%
	57. Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	≥ 75% per tahun atau
		≥ 40% per semester
	58. Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	≥1,1per tahun atau
		≥ 0,85 per semester
59. Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Kedokteran	≥ 20% dari semua institusi	
Sub Bag Diklit Tenaga Keperawatan dan Non Medis	60. Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Keperawatan dan Non Medis	90%

	61. Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis	≥ 20% dari semua institusi
Instalasi Diklit	62. Evaluasi Pelatihan	≥90 %
	63. Melaksanakan Program Pelatihan	≥90 %
<b>Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum</b>		
Sub Bag Mobilisasi Dana	64. Kecepatan Pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap	100%
	65. Kebenaran Laporan Harian Kasir	100%
	66. Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan RS	100%
	67. Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%
Sub Bag Tata Usaha dan Pelaporan	68. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi	100%
	69. Proses Penyelesaian Surat Penting	100%
	70. Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%
	71. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
Sub Bag Program dan Anggaran	72. Perencanaan Strategis RS	100%
	73. Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	Tepat waktu
	74. Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	Skor = 2
Sub Bag Perbendaharaan dan Akuntansi	75. Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%
Sub.Bag Rumah Tangga	76. Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT
	77. Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang	100%
	78. Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik Negara	100%
Sug Bag Hukormas	79. Pendampingan Masalah Hukum	100%
	80. Laporan Hasil Analisis Survei Kepuasan Pelanggan	≥ 80
Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)	81. Waktu Layanan Perbaikan Perangkat Komputer (Tanpa <i>Spare-part</i> ) < 48 jam	100%

	82. Waktu Layanan Perbaikan Perangkat Komputer (Dengan <i>Spare-part</i> ) < 168 jam	100%
	83. Perbaikan Jaringan Komputer < 60 menit	100%
Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit	84. Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥80 %
	85. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%
	86. Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%
Instalasi Kesehatan Lingkungan	87. Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%
	88. Pengelolaan Limbah Padat sesuai Permenkes 1204 th 2004	100%
	89. Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri	≥7500.
Instalasi Binatu / Laundry	90. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%
	91. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%
<b>Komite- Komite</b>		
Komite Medik	92. Pelayanan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Rawat Inap	100%
	93. Pelayanan Case Manager Pasien Rawat Inap	100%
	94. Terlaksananya Kredensial/Re-kredensial bagi Semua Dokter	100%
Komite Etik dan Hukum	95. Penanganan Masalah Etik dan Hukum Rumah Sakit	100%
	96. Penanganan Masalah Etik dan Hukum Kedokteran	100%
	97. Penanganan Masalah Etik dan Hukum Keperawatan	100%
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	98. Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	≥75%
	99. Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
Komite Keperawatan	100. Terlaksananya Kredensial bagi perawat baru dan pindahan	100%
	101. Terlaksananya Rekredensial Bagi Perawat yang telah habis masa belaku RKKnya	86,49%
	102. Implementasi Audit Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Jalan dan Rawat Inap Setiap 6 (enam) Bulan Sekali	100%
	103. Penanganan pelanggaran masalah etik keperawatan dapat diselesaikan	100%
Satuan Pengawas Internal (SPI)	104. Pencapaian Program Kerja Pengawasan	100%
	105. Pelaksanaan Pemantauan tindak lanjut temuan audit Internal dan rekomendasi eksternal	100%
Komite Penjamin Mutu	106. Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%

## **BAB IV**

### **STRATEGI PELAKSANAAN**

#### **A. STRATEGI PENCAPAIAN TUJUAN DAN SASARAN**

Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, dan untuk mencapai indikator dan target unit dalam organisasi, perlu ditentukan strategi pencapaiannya sebagai berikut :

##### **1. Strategi Direktorat Medik dan Keperawatan**

- 1) Mengoptimalkan peran promosi untuk menjaring kunjungan pasien khususnya yang berbasis preventif.
- 2) Melakukan konsep PDCA untuk memastikan bahwa upaya promosi tepat sasaran dan mendapatkan output dan outcome yang maksimal.
- 3) Memelihara jejaring rujukan pasien dengan komunikasi, koordinasi dan pelatihan untuk meningkatkan loyalitas dan kompetensi.
- 4) Memperluas jejaring rujukan pasien dengan membuat kerjasama baru.
- 5) Mengembangkan pelayanan yang berfokus pada pelayanan rujukan tersier.
- 6) Memastikan sistem pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang mengacu pada Komite Akreditasi Rumah Sakit.
- 7) Memberikan value pada unit unit pelayanan yang mempunyai banyak kompetitor di wilayah sekitar untuk menjaring kunjungan pasien umum.
- 8) Membangun dan mengembangkan sistem pelayanan yang berbasis IT sehingga memudahkan bagi masyarakat memperoleh informasi dan akuntabilitas pelayanan.
- 9) Memastikan bahwa komplain pelanggan tertangani dengan baik dan menjadi bagian sistem perbaikan pelayanan.
- 10) Mengoptimalkan unit unggulan psikogeriatri dalam berkontribusi terhadap pendapatan masyarakat dan peningkatan kualitas serta pemberdayaan masyarakat Lansia.
- 11) Membangun komunikasi koordinasi yang baik dengan instansi penjamin pembiayaan pasien (BPJS, BPJSKD, TASPEN, Jasa Raharja dan lain-lain)
- 12) Memastikan mutu pelayanan sesuai dengan target dengan implementasi PDCA.
- 13) Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi terhadap upaya mewujudkan *sister hospital*.

- 14) Berkoordinasi dengan Direktorat SDM dan Pendidikan untuk mendorong pemenuhan dan pemberdayaan SDM secara optimal yang memungkinkan mendorong peningkatan kinerja pelayanan.
- 15) Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi secara berkala untuk memastikan kemudahan dan ketepatan pemeliharaan sarana prasarana, peralatan medis dan penunjang medis sesuai dengan standar.
- 16) Membangun komunikasi antar unit kerja untuk memperoleh ide yang diperlukan untuk membuat rumusan dan realisasi inovasi pelayanan, pengembangan pelayanan dan promosi pelayanan.

## 2. Strategi Direktorat SDM dan Pendidikan

- 1) Meningkatkan pencapaian Indikator Mutu Unit kerja (Bagian SDM)
- 2) Meningkatkan pencapaian target kegiatan unit kerja (Bagian SDM)
- 3) Meningkatkan implementasi dan evaluasi Tingkat Kepuasan Pegawai.
- 4) Melakukan pemenuhan kebutuhan pegawai sesuai standar kuantitas SDM & analisa beban kerja.
- 5) Mengoptimalkan program Reward dan Punishment.
- 6) Melakukan Implementasi sistem remunerasi yang berbasis kinerja.
- 7) Terwujudnya budaya kerja yang berkomitmen pada pelayanan prima.
- 8) Mengoptimalkan peran dan fungsi agen perubahan (AOC).
- 9) Mengembangkan sistem IT yang terintegrasi antara Bagian Diklit dan Bagian SDM
- 10) Mengoptimalkan implementasi *E-Performance Individu* (EPI) berdasarkan kegiatan/kinerja individu.
- 11) Meningkatkan implementasi dan evaluasi komplain yang ditindaklanjuti.
- 12) Meningkatkan prosentase pegawai yang memenuhi standar kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan. Memperbaiki asrama termasuk penambahan kamar mandi sehingga untuk pelayanan pendidikan mengalami hambatan;
- 13) Memenuhi Sarana Prasarana perlengkapan asrama untuk asrama ex Poltekkes (tempat tidur, kasur, selimut, spre, bantal, meja dan kursi)
- 14) Melakukan koordinasi intensif dengan Ditjen Yankes, Biro Kepegawaian dan PPSDM terkait dalam proses penerbitan surat tugas belajar dan ijin belajar.
- 15) Mengusulkan pegawai yang akan alih jabatan fungsional dokdiknis
- 16) Melakukan kerjasama dengan Fakultas Kedokteran Universitas negeri terkait dokdiknis
- 17) Mengoptimalkan dukungan IT penunjang pendidikan
- 18) Mempersiapkan ruangan Labskill yang memadai.
- 19) Mengusulkan pengembangan Museum baik lahan maupun jumlah SDM

- 20) Melakukan kerjasama dengan travel aget untuk pengembangan Museum Kesehatan Jiwa sebagai destinasi wisata Malang Utara

### 3. Strategi Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

Strategi yang disusun berdasarkan matrik RSB Tahun 2015 – 2019 yang dalam semester 1 tahun 2019 bisa dijabarkan sebagai berikut :

- 1) Menjalin kerjasama dengan pihak BPN (Balai Pertanahan Nasional ) dan Kementerian Kesehatan RI dan Dewan Pengawas RS dalam rangka aset pemanfaatan negara terutama tanah.
- 2) Menjalin kerjasama dengan pengembang atau pihak ketiga yang bergerak pada bidang pariwisata untuk mengembangkan wisata di RSJ yang berbasis wisata edukasi dan rehabilitasi Jiwa untuk memanfaatkan lahan yang dimiliki RSJ serta meningkatkan pendapatan.
- 3) Pengusulan perencanaan anggararan secara berjenjang dan tepat waktu, melalui E-Planning maupun pengusulan alokais anggaran sesuai kebutuhan operasional RS khususnya Belanja modal baik alat medik maupun non medik dalam rangka pemenuhan sarana dan prasarana untuk melayani dan meningkatkan kepuasan pelanggan.
- 4) Pembuatan Aplikasi persediaan di Gudang RS dalam rangka untuk mendukung Laporan BMN secara tepat waktu, seraf meningkatkan sumber daya staf pengelola BMN melalui pelatihan dan workshop.
- 5) Melakukan koordinasi dengan dinas/ institusi terkait mengenai ijin penggunaan alat serta pemeriksaan yang berhubungan dengan Kesehatan Lingkungan (IPAL, B3, Incinerator).
- 6) Melakukan Upaya
  - a. Optimalisasi ketersediaan anggaran dalam rangka pengembangan pelayanan baru sesuai dengan skala prioritas untuk meningkatkan pendapatan RS
  - b. Secara intensif melakukan koordinasi dengan dirjen yankes kemkes RI maupun Dirjen PK BLU Kemkeu untuk regulasi KSO untuk pemanfaatan aset.
  - c. Melakukan monev secara berkala dalam upaya efisiensi penggunaan dana di setiap kegiatan bisa berjalan efektif.
  - d. Menetapkan Tim Tarif untuk penyesuaian tarif RS berdasarkan unit cost dan mengusulkan ke K/L untuk segera mendapatkan pengesahan dan Penetapan dari Kemkeu.
- 7) Melaksanakan renovasi Gedung Tua yang rusak berat untuk bisa dimanfaatkan sebagai gedung Pelayanan.

- 8) Melaksanakan perencanaan dan pengadaan alat penunjang diagnostik sesuai dengan kebutuhan dan pengembangan layanan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- 9) Sosialisasi dilaksanakan dalam rapat koordinasi tentang keterkaitan matrik RSB dan RBA tahun 2019 sesuai dengan alokasi definitif yang tercantum dalam DIPA dan RKAKL 2019.
- 10) Mengembangkan RS menjadi "Green Hospital" baik dari perbaikan lingkungan RS, maupun sistem pelaporan yang "*paper less*"
- 11) Melaksanakan *Beauty Contest* untuk pemilihan bank mitra secara transparan.

## B. HAMBATAN DALAM PELAKSANAAN STRATEGI

### 1. Hambatan Direktorat Medik dan Keperawatan

- 1) Dukungan IT yang belum optimal dan masih perlu untuk dikembangkan, sementara ketersediaan SDM pengembang program SIM RS sangat minimal.
- 2) Dukungan tim promosi yang belum sebagai unit yang berdiri sendiri sehingga kurang fokus untuk menggarap lahan/sasaran bisnis pelayanan.
- 3) Ketersediaan SDM khususnya Psikiater, Dokter Umum dan Perawat yang belum memenuhi ABK sehingga ada keterbatasan terhadap upaya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas kinerja.
- 4) Adanya rujukan berjenjang khususnya layanan non psikiatri mempengaruhi jumlah kunjungan pasien non psikiatri. Hal yang berkontribusi diantaranya adanya penetapan kelas pelayanan non psikiatri mengikuti kelas unit utama pelayanan, jadi meskipun pelayanan non psikiatri adalah kelas B dalam rujukan PCARE mengikuti kelas type A.
- 5) Belum ada monev yang terintegrasi dan berorientasi *output* dari upaya promosi yang telah dilakukan. Kondisi ini berdampak menjadi terlambat/ kurang antisipatifnya identifikasi dan tindak lanjut terhadap *gap* capaian target kegiatan.
- 6) Sistem *reward dan punishment* belum dapat mengaitkan antara kinerja SDM dan kompensasi berdasarkan sistem remunerasi secara optimal. Kondisi ini berdampak tidak adanya upaya kompetisi diantara unit kerja untuk meningkatkan produktivitas kerjanya.
- 7) Pelayanan kesehatan jiwa unggulan Psikogeriatri belum memberikan kontribusi produktivitas pendapatan rumah sakit secara optimal. Kondisi ini disebabkan oleh faktor :
  - Beberapa program layanan psikogeriatri belum masuk dalam pembiayaan BPJS, karena sebagian masyarakat keberatan harus membayar sehingga mempengaruhi kunjungan.

- Ketersediaan SDM multidisipliner yang mempunyai kompetensi spesialisasi psikogeriatri belum terpenuhi secara optimal.
- Upaya promosi pelayanan belum dilengkapi dengan pembuatan indikator yang dapat digunakan untuk mengukur efektivitasnya.

## 2. Hambatan Direktorat SDM dan Pendidikan

Dalam melaksanakan strategi tersebut diatas banyak mengalami kendala/ hambatan antara lain :

- 1) Dukungan IT yang belum optimal dan masih perlu untuk dikembangkan, sementara ketersediaan SDM pengembang program SIM RS sangat minimal.
- 2) Dukungan tim promosi yang belum sebagai unit yang berdiri sendiri sehingga kurang fokus untuk menggarap lahan/sasaran bisnis pelayanan.
- 3) Ketersediaan SDM khususnya Psikiater, Dokter Umum dan Perawat yang belum memenuhi ABK sehingga ada keterbatasan terhadap upaya untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas kinerja.
- 4) Adanya rujukan berjenjang khususnya layanan non psikiatri mempengaruhi jumlah kunjungan pasien non psikiatri. Hal yang berkontribusi diantaranya adanya penetapan kelas pelayanan non psikiatri mengikuti kelas unit utama pelayanan, jadi meskipun pelayanan non psikiatri adalah kelas B dalam rujukan PCARE mengikuti kelas type A.
- 5) Belum ada monev yang terintegrasi dan berorientasi *output* dari upaya promosi yang telah dilakukan. Kondisi ini berdampak menjadi terlambat/ kurang antisipatifnya identifikasi dan tindak lanjut terhadap *gap* capaian target kegiatan.
- 6) Sistem *reward dan punishment* belum dapat mengaitkan antara kinerja SDM dan kompensasi berdasarkan sistem remunerasi secara optimal. Kondisi ini berdampak tidak adanya upaya kompetisi diantara unit kerja untuk meningkatkan produktivitas kerjanya.
- 7) Pelayanan kesehatan jiwa unggulan Psikogeriatri belum memberikan kontribusi produktivitas pendapatan rumah sakit secara optimal. Kondisi ini disebabkan oleh faktor :
  - Beberapa program layanan psikogeriatri belum masuk dalam pembiayaan BPJS, karena sebagian masyarakat keberatan harus membayar sehingga mempengaruhi kunjungan.
  - Ketersediaan SDM multidisipliner yang mempunyai kompetensi spesialisasi psikogeriatri belum terpenuhi secara optimal.
  - Upaya promosi pelayanan belum dilengkapi dengan pembuatan indikator yang dapat digunakan untuk mengukur efektivitasnya.

- 8) Terbatasnya kapasitas asrama karena banyaknya bangunan asrama yg rusak karena bangunan tua dan perlengkapan asrama yang belum dipenuhi karena terbatasnya alokasi anggaran.
- 9) Zoning asrama masih memerlukan kajian kembali sehubungan dengan kembalinya asrama ex Poltekkes
- 10) Pengurusan tugas belajar dan ijin belajar pegawai sangat tergantung pada tindak lanjut usulan dari unit utama.( Dirjen Yankes)
- 11) Belum adanya *Labskill* yang memadai.
- 12) Pengembangan museum masih terbatas karena lahan yang ditempati terbatas.

### 3. Hambatan Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

Keterbatasan dana di APBN sehingga diharapkan satuan kerja untuk lebih efisiensi dalam pelaksanaan penganggaran.

- 1) Pemantapan perencanaan di unit kerja melalui pelatihan dan sosialisasi sehingga kedepan semua perencanaan bisa dituangkan dalam RBA masing-masing unit kerja.
- 2) Dengan berubahnya sistem Penganggaran dengan single sistem dimana untuk proses revisi harus menunggu digital stam perubahan sehingga apabila masih dalam proses baik di kanwil maupun DJA maka revisi berikutnya harus menunggu perubahan digital stam dan bisa diunduh melalui DIPA online
- 3) Perhitungan target hendaknya realistis dihitung berdasarkan trend proesestase kenaikan capaian kinerja tahun sebelumnya
- 4) Akan ditetapkan standart terkait sarana dan prasarana baik peralatan kesehatan maupun rumah tangga yang mengacu pada standart sarana prasarana Rumah Sakit.
- 5) Diupayakan operasional pemeliharaan dilakukan sebagai cagar budaya oleh dinas terkait.
- 6) Pengembangan pelayanan medik maupun keperawatan yang benar-benar dibutuhkan oleh pelanggan, maka perlu di prioritaskan pengadaan sesuai master plan Psikogeriatri.
- 7) Dilakukan rekonsiliasi dengan KPKNL terkait proses penghapusan barang dan gedung dalam rangka kegiatan pengembangan pelayanan RS
- 8) Dilakukan koordinasi dengan dinas perijinan setempat secara insentif untuk mendapatkan ijin operasional
- 9) Telah diusulkan ke Tim penyusun pedoman RBA pusat terkait penyesuaian pedoman RBA dengan pedoman RSB

- 10) Peningkatan Biaya pengiriman surat dinas melalui Jasa Kantor pos yang signifikan sejak bulan Januari 2019.
- 11) Penyempurnaan aplikasi persediaan dan terintegrasinya aplikasi persediaan obat sebagai data dukung untuk Laporan Keuangan.
- 12) Melakukan input secara update aplikasi E-Monev, SIMAN, SIMAK-BMN ASPAK, E-Planning, SAIBA sebagai bagian dari SIPERMONEV.
- 13) Mengupayakan bagi semua unit kerja untuk melaksanakan survey kepuasan pelanggan
- 14) Terdapat kekurangan SDM dalam hal kuantitas dan kualifikasi, misalnya akuntan, tenaga administratif, tenaga perencana, pengemudi, dan sebagainya baik karena belum adanya rekrutmen, adanya SDM yang sakit berat, memasuki masa purna tugas, maupun akibat adanya perpindahan SDM keluar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang karena berbagai sebab.
- 15) SPSE sering terkendala system error sehingga menghambat proses pengadaan.

### C. UPAYA DAN TINDAK LANJUT

#### 1. Strategi Direktorat Medik dan Keperawatan

- 1) Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan jejaring pelayanan PPK 1 dan PPK 2 dalam pelayanan rujukan pasien.
- 2) Menjalinkan komunikasi dengan jejaring pelayanan non psikiatri dengan melakukan presentasi produk layanan dengan menawarkan keunggulan layanan yang diberikan.
- 3) Menjalinkan kerja sama dengan Kepolisian dan Lembaga Masyarakat untuk meningkatkan rujukan khususnya pasien PK Napza.
- 4) Meningkatkan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program pelayanan yang berdasarkan *CP (Clinical Pathway)*.
- 5) Mengoptimalkan sistem *reward dan punishment* dalam meningkatkan kinerja SDM dan kompensasi berdasarkan sistem remunerasi secara optimal
- 6) Meningkatkan kerja sama dengan Dinas Sosial dan Panti Sosial Lansia

#### 2. Strategi Direktorat SDM dan Pendidikan

- 1) Dilakukan follow up secara rutin terkait pencapaian Indikator Mutu Unit kerja (Bagian SDM)
- 2) Membuat kebijakan internal yang lebih fleksibel terhadap kebijakan dari pusat
- 3) Meningkatkan Implementasi dan evaluasi Tingkat Kepuasan Pegawai dan menerapkan konsekuensi
- 4) Efisiensi dan penambahan formasi tenaga Non PNS sesuai ABK dan anggaran

- 5) Pemberian reward dan punishment berbasis kinerja
- 6) Tersedianya data remunerasi berbasis kinerja tepat waktu (tanggal 10/bln)
- 7) Pelatihan eksternal/in house training peningkatan motivasi ,ESQ training.
- 8) Mengoptimal kan agen-agen perubahan (AOC) dengan penguatan komitmen
- 9) Membuat Sistem IT yang terintegrasi antara Bagian Diklit dan Bagian SDM dan peningkatan disiplin pemutakhiran data.
- 10) Bridging Sistem EPI dengan Remunerasi melalui SIRS.
- 11) Dilakukan follow up secara rutin terhadap proses dan aturan kepegawaian dengan memperhatikan kebijakan di Pusat.
- 12) Pengembangan SDM dengan memperbanyak pelatihan internal.
- 13) Mengusulkan perbaikan asrama secara bertahap dan sarana prasarana perlengkapan asrama yang masih kurang
- 14) Mengusulkan zoning asrama
- 15) Mengusulkan sarana *labskill* yang memadai.
- 16) Melakukan koordinasi yang lebih intensif dengan unit utama yaitu Ditjen Yankes, serta PPSDM dan Biro Kepegawaian tentang penerbitan surat ijin belajar dan tugas belajar.
- 17) Mengusulkan dukungan IT untuk menunjang pendidikan (*bandwidth* Wi-fi / *spot area*) dan mengusulkan pembukaan akses E Jurnal dengan institusi pasangan.
- 18) Mengusulkan pengembangan museum dengan membentuk tim *expert* dan penataan koleksi serta bekerja sama dengan travel agent untuk Museum sebagai destinasi wisata Malang Utara

### 3. Strategi Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

- 1) Melakukan upaya monitoring dan evaluasi penggunaan aset negara terutama terhadap pemanfaatan asset tanah untuk peningkatan pendapatan rumah sakit dengan melakukan inovasi sesuai dengan regulasi.
- 2) Melaksanakan upaya advokasi secara lebih intensif oleh jajaran direksi untuk mendapatkan alokasi anggaran belanja modal dari APBN baik untuk pemeliharaan maupun investasi baru sarana dan prasarana pelayanan termasuk peralatan kesehatan sesuai perkembangan teknologi kedokteran.
- 3) Melaksanakan pengadaan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan masyarakat khususnya yang mempunyai daya ungkit bagi peningkatan kepuasan pelanggan.
- 4) Melaksanakan monitoring dan evaluasi kondisi BMN secara rutin sehingga dapat dilakukan penghapusan barang dan gedung secara tepat dan benar.

- 5) Melakukan monitoring dan evaluasi surat ijin penggunaan alat dan bangunan serta berkoordinasi secara intensif dengan dinas/institusi terkait.
- 6) Keuangan
  - a. Pengembangan pelayanan baru menyesuaikan dengan ketersediaan anggaran dan berdasarkan skala prioritas.
  - b. Belum optimalnya pemanfaatan aset dikarenakan aturan dari pusat sampai saat ini belum terbit sehingga target pendapatan tidak terpenuhi. Dilakukan koordinasi secara intensif dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kemkes RI dalam mewujudkan regulasi tentang KSO.
  - c. Dilakukan efisiensi penggunaan dana melalui penentuan skala prioritas kegiatan.
  - d. Mereview pola tarif sesegera mungkin, dan menyesuaikannya dengan *unit cost* dikarenakan tarif yang berlaku tidak sesuai dengan kondisi saat ini.
- 7) Pemantauan, pengusulan perbaikan, dan pelaksanaan rehabilitasi gedung tua yang rusak berat menjadi gedung penunjang pelayanan pendidikan.
- 8) Melakukan *health technology analysis*, sehingga perencanaan dan pengadaan alat penunjang diagnostik dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat.
- 9) Melakukan sosialisasi tentang RSB, RBA tahun 2019 dengan kesesuaian matrik yang telah direncanakan dan setiap pengadaan Alat Kesehatan yang harus disertai justifikasi atas usulan yang disampaikan.
- 10) Menjadikan RS sebagai green Hospital dengan melakukan kegiatan pelaporan unit melalui pusat data, EFS dan SIM RS dengan *paper less*.
- 11) Menjalin kerjasama dengan kantor pos atau jasa pengiriman surat untuk mengurangi biaya operasional pengiriman surat dinas serta mengefektifkan kinerja staf pengirim surat dikarenakan keterbatasan tenaga. Mengingat semakin banyak staf administrasi yang memasuki masa purna tugas.

## BAB V HASIL KERJA

Hasil capaian kinerja merupakan pencapaian selama semester 1 Tahun 2019 berdasarkan target yang telah ditentukan, capaian kinerja semester 1 tahun 2019 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat dijabarkan sebagai berikut :

### A. PENCAPAIAN TARGET KINERJA DAN PENDAPATAN

#### 1. Pencapaian Indikator Kinerja Utama Semester 1 Tahun 2019

Sasaran Strategis	IKU	Satuan	Target 2019	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	
<b>Perspektif Stakeholder</b>										
1 Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kesehatan RS BLU	Kategori	Sehat AA	Sehat A					
	2	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	Scoring	80	82.58	81.48	84.15	86.52	86.41	84.66
	3	Tingkat Kepuasan Pegawai	Jumlah	80	86.72% dilaporkan Per Semester					
	4	Tingkat Kepuasan Peserta Didik	Prosentase	80%	80,5%	86%	82%	82%	83%	80%
	5	Prosentase Komplain yang Ditindaklanjuti	Prosentase	100%	100%	100%	100%	73%	100%	50%
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>										
2 Terwujudnya Pelayanan yang Berkualitas.	6	Terakreditasi Nasional dan Internasional	Jumlah	SNARS Ed. 1 International	SNARS Ed. 1 International					
3 Terwujudnya Inovasi pelayanan berbasis RS dan komunitas	7	Jumlah pengembangan jenis layanan psikogeriatri berbasis RS	Jumlah lembaga	5	2	2	2	2	2	2
	8	Jumlah Pengembangan Jenis Layanan Psikogeriatri Berbasis Komunitas	Jumlah Lembaga	5	2	2	2	2	2	2

4	Terwujudnya Pengembangan Kerjasama dengan Institusi Jejaring dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	9	Jumlah Institusi Jejaring Pelayanan Psikogeriatri	Jumlah	1	3	3	3	3	3	4
		10	Jumlah Institusi Jejaring Pendidikan Psikogeriatri	Jumlah	2	1	1	1	1	1	1
		11	Jumlah Institusi Jejaring Penelitian Psikogeriatri	Jumlah	1	0	0	0	0	0	0
		12	Pemberdayaan Layanan PPK Primer dan Sekunder	Jumlah	18	1	2	31	72	0	0
		13	Terealisasinya Kerjasama dengan Sister Hospital LN dan DN	Sesuai angka	4	0	0	0	0	0	0
		14	Prosentase Supervisi yang Dilakukan oleh Jejaring Pendidikan	Prosentase	80%	85%	87%	92%	93,75%	100%	83%
5	Terwujudnya Bisnis Proses Internal yang Efektif	15	Prosentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU	Prosentase	100%	100	100	100	100	100	100

#### Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi

6	Terwujudnya budaya kinerja yang berkomitmen pelayanan prima	16	Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja	Prosentase	90%	96,7% dilaporkan Per Semester					
7	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	17	Prosentase Pegawai yang Memenuhi Standar Kompetensi	Prosentase	75%	77% data dilaporkan PerSemester					
8	Terwujudnya kehandalan aset untuk psikogeriatri	18	OEE (overall equipment effectiveness )	Prosentase	80%	89,20%	88,70%	89,19%	90,58%	90,82%	91,61%
9	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	19	Level integrasi IT rumah sakit	Level	Terintegrasi	Terintegrasi					

#### Perspektif Finansial

10	Terwujudnya Efisiensi biaya	20	POBO	Prosentase	45%	38,41%					
11	Tercapainya peningkatan pendapatan RS	21	Tingkat pertumbuhan pendapatan	Prosentase	10%	0%	302%	0%	79%	0%	0%

## 2. Pencapaian Tingkat Kesehatan Semester 1 Tahun 2019

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Semester 1 2019	
			Haper	Nilai Riil
<b>1</b>	<b>Rasio Keuangan</b>	<b>19</b>		
	a. Rasio Kas (Cash Ratio)	2,25	2338,74%	0,5
	b. Rasio Lancar (Current Ratio)	2,75	2573,44%	2,75
	c. Periode Penagihan Piutang (Collection Periode)	2,25	117 hari	0
	d. Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2,25	7 hari	0,75
	e. Imbalan atas aset Tetap (Return of Fixed Asset)	2,25	0,11%	0
	f. Imbalan Ekuitas (Return on Enquity)	2,25	0,12%	0,62
	g. Perputaran Persediaan (Inventory Turn over)	2,25	30 hari	2,25
	h. Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	2,75	38,42%	2,25
<b>2</b>	<b>Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>	<b>11</b>		
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA Definitif)	2	Disampaikan	2
	b. Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2	Disampaikan	0,66
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	Disampaikan	0,8
	d. Tarif Layanan	1	tarif telah ditetapkan menteri Keuangan	1
	e. Sistem Akuntansi	1	sesuai	1
	f. Persetujuan rekening	0,5	sesuai	0,5
	g. SOP Pengelolaan Kas	0,5	sesuai	0,5
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0,5	sesuai	0,5
	i. SOP Pengelolaan Utang	0,5	sesuai	0,5
	j. SOP pengadaan Barang dan Jasa	0,5	sesuai	0,5
	k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	sesuai	0,5
	<b>Jumlah Skor Aspek Keuangan</b>			<b>17,58</b>
No.	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Haper	Nilai Riil
<b>1</b>	<b>Layanan</b>			
	<b>a. Pertumbuhan produktifitas</b>	<b>18</b>		
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	2	0,88	0,75
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	2	1,01	1,5

	3) Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	2	0,89	0,5
	4) Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	2	1,16	2
	5) Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2	1,12	2
	6) Pertumbuhan psikoterapi/ECT	2	0,58	0
	7) Pertumbuhan rehab medik	2	0,7	0
	8) Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	2	0,47	0
	9) Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	2	0	0
	<b>b. Efektifitas Pelayanan</b>	<b>14</b>		
	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	97,93	2
	2) Pengembalian rekam medik	2	99,23	2
	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	0	2
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	0,47	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	99,1	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	0,24	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	0,69	1,5
	<b>c. Pertumbuhan Pembelajaran</b>	<b>6</b>		
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	2	0,89	1,5
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	2	0	0,25
	3) Program reward and punishment	2	ada program sebagian dilaksanakan	1
<b>2</b>	<b>Mutu dan manfaat kepada masyarakat</b>			
	<b>a. Mutu Pelayanan</b>	<b>14</b>		
	1) Emergency Response Time Rate	2	7 menit 45 detik	2
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	58 menit, 5 detik	1,5
	3) Length of stay	2	35,73	2
	4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	21 menit 4 detik	1
	5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	1 hari	2
	6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	43 menit 13 detik	2
	7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	3 jam 7 menit	1,5
	<b>b. Mutu Klinik</b>	<b>12</b>		
	1) Angka kematian di gawat darurat	2	0	2
	2) Angka kematian/kebutaan $\geq 48$ jam	2	0	2
	3) Post Operative Death Rate (ECT)	2	0	2
	4) Angka infeksi nosokomial	4	4	4
	5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	0	2

	<b>c. Kepedulian kepada masyarakat</b>	<b>4</b>		
	1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	1	ada program dilaksanakan semua	1
	2) Penyuluhan Kesehatan	1	ada program dilaksanakan semua	1
	3) Rasio tempat tidur kelas III	2	78,06	2
	<b>d. Kepuasan Pelanggan</b>	<b>2</b>		
	1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	100	1
	2) Kepuasan Pelanggan	1	84,27	0,84
	<b>e. Kepedulian terhadap lingkungan</b>	<b>3</b>		
	1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2	9567,75	2
	2) Proper lingkungan	1	hitam	0,2
	<b>Jumlah skor aspek pelayanan</b>			<b>55,04</b>
	<b>Jumlah Total</b>			<b>72,62</b>
	<b>Kriteria</b>			<b>BAIK A</b>

## 3. Pencapaian IKI dan IKT Kinerja Semester 1 Tahun 2019

## a. Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Semester 1 tahun 2019

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
				HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
2	3	4	5	6	7	8=(5x7)	9	10	11=(5x10)	12	13	14=(5x13)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	100	100	5	100	100	5	100	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	96.76	100	5	96.47	100	5	96.61	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0	100	5	0	100	5	0	100	5
4	Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4
5	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100	100	8	100	100	8	100	100	8
6	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	59	100	5	55	100	5	62	75	3,75
7	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	1 Jam 35 Menit	100	5	1 Jam 18 Menit	100	5	1 Jam Menit	100	5
8	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	21	100	5	21	100	5	18	100	5
9	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	> 80 mnt	0,02	99.80	100	2	99.30	100	2	99.20	100	2

10	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (RS Jiwa, RS Kusta, RS Ketergantungan Obat, RS Penyakit Infeksi dan RS Stroke)	≥45%	0,1									
11	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0	100	5	1	100	5	0	100	5
12	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
13	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	0.39	100	5	0.43	100	5	0	100	5
14	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	93.11	75	5,25	94.44	75	5,25	91.67	75	5,25
15	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100	100	7	100	100	7	100	100	7
16	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	0 Jam 27 Menit	100	5	0 Jam 32 Menit	100	5	0 Jam Menit	100	5
17	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	102	100	2	118	100	2	102	100	2
18	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100	100	8	100	100	8	100	100	8
<b>Jumlah TS</b>						<b>88,25</b>			<b>88,25</b>			<b>87</b>
<b>Nilai IKI</b>						<b>1.75</b>			<b>1.75</b>			<b>1.75</b>

LAPORAN SEMESTER I TAHUN 2019

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	APRIL			MEI			JUNI		
				HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
2	3	4	5	15	16	17=(5x16)	18	19	20=(5x19)	21	22	23=(5x22)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	100	100	5	100	100	5	100	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	96.98	100	5	97.34	100	5	97.53	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0	100	5	0.08	100	5	0	100	5
4	Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4
5	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100	100	8	100	100	8	100	100	8
6	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	69	75	3,75	65	75	3,75	49	100	5
7	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	26 Jam Menit	0	0	2 Jam Menit	100	5	1 Jam 5 Menit	100	5
8	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	16	100	5	18	100	5	29	100	5
9	Pengembalian Rekam Medik Lengkap dlm waktu 24 jam (PRM)	> 80 mnt	0,02	99.30	100	2	99.20	100	2	99.4	100	2
10	Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional (RS Jiwa, RS Kusta, RS Ketergantungan Obat, RS Penyakit Infeksi dan RS Stroke)	≥45%	0,1							38.41	80	8

11	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0	100	5	0	100	5	0	100	5
12	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
13	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	0	100	5	0.79	100	5	2.4	100	5
14	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	90.91	75	5,25	92.0	75	5,25	91.72	75	5,25
15	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	0	0	0	100	100	7	100	100	7
16	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	0 Jam Menit	100	5	0 Jam Menit	100	5	0 Jam 41 Menit	100	5
17	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	101	100	2	106	100	2	116	100	2
18	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100	100	8	100	100	8	100	100	8
<b>Jumlah TS</b>						<b>75</b>			<b>87</b>			<b>96,25</b>
<b>Nilai IKI</b>						<b>1.5</b>			<b>1.75</b>			<b>2</b>

## b. Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Semester 1 tahun 2019

NO	INDIKATOR	STANDAR	SEMESTER 1 TAHUN 2019			Cln
			TARGET	HAPER	Cn	
1	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway	100%	100%	100%	100%	0,200
2	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	80%	56,3%	82%	0,164
3	Penyelenggaraan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)	50%	50%	86%	102%	0,203
4	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	38,41%	91%	0,182
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU <i>Integrated Online System</i> /BIOS)	100%	100%	100%	120%	0,240
<b>Capaian Cln</b>						<b>0,990</b>

### 3. Pencapaian Kinerja Unit Kerja

#### a. Direktorat Medik dan Keperawatan

##### 1). Kinerja Bidang Medik

Pencapaian Kinerja Bidang Medik meliputi di 2 Seksi, yaitu seksi Pelayanan Medik dan Seksi Pelayanan Penunjang Medik.

##### a. Seksi Pelayanan Medik

Pencapaian Kinerja Seksi Pelayanan Medik semester I tahun 2019 sebagai berikut :

Kegiatan	Target Tahun 2019	Realisasi	Capaian
Melaksanakan penyiapan penyusunan rencana program, koordinasi pelaksanaan & evaluasi program Pelayanan Medik	12	6	50%
Mengumpulkan data hasil pekerjaan Instalasi sebagai bahan analisis Kabid Medik	12	6	50%
Melakukan koordinasi Pelayanan Medik	120	64	54%
Membuat Kajian & Usulan Tindak Lanjut Program	24	12	50%
Membuat laporan pelaksanaan kegiatan Pelayanan Medik	15	7	47%
Membuat Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan kegiatan Pelayanan Medik	4	2	50%

Pencapaian kegiatan Seksi Pelayanan Medik secara keseluruhan telah mencapai target, kecuali pada kegiatan pembuatan laporan pelaksanaan kegiatan. Pencapaian kegiatan ini baru 7 kegiatan karena 1 kegiatan yang ada pada target adalah pembuatan laporan tahunan. Pencapaian ini didukung oleh adanya komitmen, koordinasi, monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkala. Konsep PDCA juga diimplementasikan untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

##### b. Seksi Pelayanan Penunjang Medik

Pencapaian Kinerja Seksi Pelayanan Penunjang Medik semester I tahun 2019 sebagai berikut :

Kegiatan	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan penyiapan penyusunan rencana program, koordinasi pelaksanaan & evaluasi program Pelayanan Penunjang Medik	12	6	50%
Mengumpulkan data hasil pekerjaan Instalasi sebagai bahan analisis Kabid Medik	12	6	50%
Melakukan koordinasi Pelayanan Penunjang Medik	240	124	52%
Membuat Kajian & Usulan Tindak Lanjut Program	45	24	53%

Membuat laporan pelaksanaan kegiatan Pelayanan Penunjang Medik	15	7	47%
Membuat Monitoring dan Evaluasi pelaksanaan kegiatan Pelayanan Penunjang Medik	4	2	50%

Pencapaian kegiatan Seksi Penunjang Medik secara keseluruhan telah mencapai target, kecuali pada kegiatan pembuatan laporan pelaksanaan kegiatan. Pencapaian kegiatan ini baru 7 kegiatan karena 1 kegiatan yang ada pada target adalah pembuatan laporan tahunan. Pencapaian ini didukung oleh adanya komitmen, koordinasi, monitoring dan evaluasi yang dilakukan secara berkala. Koordinasi antar unit kerja yang berkaitan dengan pemenuhan alat medis cukup baik, sebagai upaya untuk mewujudkan pengadaan alat medis yang tepat dan mendukung kebutuhan dan pengembangan pelayanan. Konsep PDCA juga diimplementasikan untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

## 2). Kinerja Bidang Keperawatan

Pencapaian Kinerja Bidang Keperawatan meliputi di 2 Seksi, yaitu seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan dan Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap.

### a. Seksi Keperawatan Rawat Jalan

Pencapaian Kinerja Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan semester I tahun 2019 sebagai berikut :

No	Kegiatan	Satuan	Target Smt I	Capaian Smt I	Prosentase (%)
1.	Jumlah laporan kinerja yang dibuat lengkap, akurat dan disampaikan tepat waktu di Seksi Rawat Jalan	Kegiatan	6	6	100
2.	Jumlah kajian dan rekomendasi yang diusulkan sesuai dengan kebutuhan unit kerja	Kegiatan	24	24	100
3.	Jumlah penilaian kinerja staf yang diserahkan	Kegiatan	6	6	100
4.	Jumlah kegiatan Supervisi Seksi Rawat Jalan	Kegiatan	24	24	100
5.	Jumlah pengkajian Indikator mutu pelayanan Seksi Rawat Jalan	Kegiatan	6	6	100
6.	Jumlah kegiatan rapat yang dikoordinasikan Bidang Keperawatan	Kegiatan	6	6	100

### b. Seksi Keperawatan Rawat Inap

Pencapaian Kinerja Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan semester I tahun 2019 sebagai berikut :

No	Kegiatan	Satuan	Target Smt I	Capaian Smt I	Prosentase (%)
1.	Jumlah laporan kinerja yang dibuat lengkap, akurat dan disampaikan tepat waktu di Seksi Rawat Inap	Kegiatan	6	6	100
2.	Jumlah kajian dan rekomendasi yang diusulkan sesuai dengan kebutuhan unit kerja	Kegiatan	24	24	100
3.	Jumlah penilaian kinerja staf yang diserahkan tepat waktu Seksi Rawat Inap	Kegiatan	6	6	100
4.	Jumlah kegiatan Supervisi Seksi Rawat Inap	Kegiatan	24	24	100
5.	Jumlah pengkajian Indikator mutu pelayanan Seksi Rawat Inap	Kegiatan	6	6	100
6.	Jumlah kegiatan rapat yang dikoordinasikan Bidang Keperawatan	Kegiatan	6	6	100

Semua kegiatan baik di Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan maupun Rawat Inap tercapai sesuai dengan target yang di tentukan pada Semester I 2019. Kondisi ini disebabkan oleh faktor-faktor berikut :

- Dukungan sarana prasarana cukup baik.
- Koordinasi berjalan dengan baik
- Komitmen untuk melakukan kinerja sesuai dengan target baik.

### 3). Kinerja Instalasi di Bawah Direktorat Medik dan Keperawatan

Pencapaian Kinerja di bawah Direktorat Medik dan Keperawatan juga meliputi di 12 Instalasi, yaitu Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Biomedika, Instalasi Rehabiltasi Medik (Fisik & Psikososial), Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Napza, Instalasi Rekam Medik, Instalasi Psikogeriatri, Instalasi PKRS dan Instalasi Bedah.

#### a. Instalasi Psikogeriatri

Unit Pelayanan	Jenis Pelayanan	2018		2019		Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
		Target	Realisasi Smt 1	Target	Realisasi Smt 1		
Rawat Jalan	Klinik Geriatri	1.890	1.127	2.363	1.303	55,15%	15,62%
	Daycare	240	38	240	131	54,58%	244,74%

Rawat Inap ( $\Sigma$ Pasien MRS)	Ruang rawat inap akut fisik dengan psikotik (BISMO)	75	28	84	66	78,57%	135,71%
	Ruang rawat inap psikotik (Betet)	144	138	172,8	138	79,86%	0%
	Ruang Inap Psikotik (Kenanga)	108	99	108	73	67,59%	-26,26%
Home		12	0	12	0	0%	
Respite Care		6	0	6	1	16,67%	
Paliatif Care		12	0	12	0	0%	
Pelatihan		2	1	2	2	100%	100%
Sister Hospital		1	0	1	0	0%	

Pencapaian kinerja Instalasi Psikogeriatri rata-rata sesuai target yang diharapkan. Kinerja yang tidak tercapai diantaranya adalah *home care*, *respite care* dan *sister hospital*. Penyebabnya karena pembiayaan belum masuk ke BPJS, sebagian masyarakat keberatan harus membayar, dan belum optimalnya promosi ke jejaring pelayanan dan ke masyarakat.

Sedangkan *sister hospital* sampai saat ini belum terwujud karena upaya untuk mengajukan institusi di luar negeri sebagai mitra belum berhasil. Sementara itu untuk kunjungan rawat jalan klinik psikogeriatri dan *daycare* mengalami pertumbuhan perlu menjadi perhatian untuk mengembangkan sebagai salah satu jawaban terhadap konsep rujukan yang dibangun oleh BPJS sehingga konsep pelayanan tersier yang ramah terhadap kebutuhan masyarakat dapat terwujud.

## b. Instalasi Rawat Jalan

Tabel Kinerja Pelayanan Instalasi Rawat Jalan Semester 1 Tahun 2019

Unit Pelayanan	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
K. Kesehatan Jiwa	26.863	15.224	28.206	13.101	46,45%	-13,95%
K. Anak Dan Remaja	1.199	670	1.259	421	33,44%	-37,16%
K. Geriatri+Daycare Psikogeriatri	1.260	1.165	1.323	1.434	108,39%	23,09%
K. Napza	222	151	233	185	79,37%	22,52%
K. Forensik	948	569	995	1.439	144,56%	152,90%
K. Autis	750	431	788	605	76,83%	40,37%
K. Interna	1.855	879	1.846	260	14,09%	-70,42%
K. Bedah	485	218	458	46	10,05%	-78,90%
K. Saraf	3.854	2.773	4.047	875	21,62%	-68,45%
K. Konsultasi Gizi	40	43	42	53	126,19%	23,26%
K. Psikologi	1.257	382	1.320	1.496	113,35%	291,62%
K. Gigi	1.555	382	1.633	518	31,73%	35,60%

<b>K. Fisioterapi</b>	12.000	5.514	12.600	3.251	25,80%	-41,04%
<b>K. Kulit Kecantikan</b>	200	41	210	-	0,00%	-100,00%
<b>K. Medical Check Up</b>	500	247	525	1.223	232,95%	395,14%
<b>K.Nyeri. Paliatif</b>			-			
<b>K. Memori</b>			-			
<b>K. THT</b>			210	26	12,38%	

**Permasalahan :**

- Pencapaian semester 1 tahun 2019 adalah 44,77 % dari target.
- Pencapaian lebih rendah dibandingkan pencapai tahun 2018
- Jumlah kunjungan lebih rendah dibandingkan 2018 sebesar 9,37%

Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap penurunan adalah :

- Adanya regulasi rujukan berjenjang pasien BPJS.
- Penetapan kelas pelayanan non psikiatri mengikuti kelas unit utama pelayanan, jadi meskipun pelayanan non psikiatri adalah kelas B dalam rujukan PCARE mengikuti kelas type A.
- Belum ada money yang terintegrasi dan berorientasi output dari upaya promosi yang telah dilakukan.

**Usul Pemecahan Masalah :**

- Memperkuat jejaring rujukan pasien, khususnya yang diakomodir dengan pembiayaan JKD.
- Memperluas jejaring kerjasama dengan Institusi Dinas Sosial terkait rujukan pasien dengan permasalahan jiwa.
- Melakukan kerjasama dengan institusi pendidikan dan pemerintahan untuk pemeriksaan pelajar, mahasiswa dan pegawai.
- Mengoptimalkan pemanfaatan sarana penunjang pelayanan dengan lebih proaktif menjangkau pasien dari luar rumah sakit.
- Inovasi pelayanan yang berfokus pada pelayanan tersier.
- Membangun brand image pada setiap layanan yang dapat menarik minat masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan meskipun tidak dengan menggunakan fasilitas BPJS.
- Mengembangkan pelayanan kearah preventif yang dapat mendorong masyarakat untuk melakukan deteksi dini terhadap risiko gangguan jiwa.
- Mengembangkan pelayanan Kedokteran jiwa forensik, NAPZA dan Anak dan Remaja untuk meningkatkan kunjungan rumah sakit.
- Inovasi pelayanan yang berfokus pada pelayanan tersier.
- Membangun brand image pada setiap layanan yang dapat menarik minat masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan meskipun tidak dengan menggunakan fasilitas BPJS.

- Mengembangkan pelayanan kearah preventif yang dapat mendorong masyarakat untuk melakukan deteksi dini terhadap risiko gangguan jiwa.
- Mengembangkan pelayanan Kedokteran jiwa forensik, NAPZA dan Anak dan Remaja untuk meningkatkan kunjungan rumah sakit.
- Melakukan metode PDCA untuk program promosi yang berorientasi pada akuntabilitas dan output.
- Membangun komunikasi, kerjasama, monitoring dan evaluasi dan pengembangan serta peningkatan kompetensi SDM untuk memastikan pelayanan yang lebih berkualitas, ramah, nyaman dan aman.
- Mendorong untuk terwujudnya integrasi sistem layanan dan sistem penyelesaian pembiayaan pasien dalam SIM RS sehingga memudahkan untuk melakukan monev setiap saat terkait kinerja pelayanan dan realisasi pendapatan.

#### **Analisis pengembangan pelayanan**

Terdapat 4 jenis pelayanan yang mengalami peningkatan kunjungan dibandingkan tahun 2018, pencapaian semester 1 lebih 50% dan akan dikembangkan sebagai layanan unggulan yaitu:

- Pelayanan anak Remaja dan Autis yang selanjutnya akan dijadikan menjadi satu klinik. Upaya ini didukung dengan sudah adanya SDM dokter spesialis Jiwa konsultan anak remaja yang telah kembali dari menyelesaikan tugas belajarnya. Klinik ini selanjutnya tidak hanya memberikan pelayanan 1 kali per minggu, tetapi akan buka setiap hari kerja, mulai pukul 08,00 – 15.00. Promosi dan perbaikan konsep pelayanan telah dan selalu dilakukan secara kontinyu untuk memastikan bahwa pelayanan ini dapat berkembang, diterima masyarakat dan dapat menjadi sumber pendapatan rumah sakit dengan lebih baik.
- Pelayanan Konseling di Klinik Psikologi. Konsep pelayanan adalah bersifat preventif. Memberikan pendidikan kepada masyarakat bahwa aspek psikologis yang baik sangat menunjang kesuksesan dan kebahagiaan dalam hidup. Pembuatan paket paket konseling dan pemeriksaan untuk prasekolah, pranikah, prakerja dan lain lain dibuat untuk membantu masyarakat menemukan tempat dan pilihan yang tepat.
- Pelayanan *Medical Check-Up*. Pelayanan ini dikembangkan untuk mendukung visi kementerian kesehatan melalui program promosi dan prevensi kesehatan. Diharapkan orang dapat melakukan deteksi dini dengan baik, sehingga bias menjaga sebelum jatuh sakit. Program ini juga untuk mendukung upaya institusi dalam melakukan penerimaan pegawai baru.
- Pelayanan Kedokteran Jiwa Forensik. Pengembangan klinik ini untuk mendukung semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat terhadap pemeriksaan status

kejiwaan yang diperlukan untuk berbagai keperluan, misalnya persyaratan pendidikan, pekerjaan, adopsi, dan lain-lain.

### c. Instalasi Rawat Inap

Kinerja Pelayanan Instalasi Rawat Inap Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Jumlah Pasien MRS	5.134	2.695	5.500	2.492	45,31%	-0,08%
Jumlah Pasien KRS	5.134	2.206	5.500	2.440	44,36 %	10,61%
BOR (%)	80,00	78,62	75,00	68,93	91,91%	-0,12%
LOS (hari)	< 42	45,78	< 42	35,73	100,00%	-0,22%
TOI	7	12,28	7	16,41	42,66%	0,34
BTO	8	3,15	8	3,49	43,63%	0,20%
GDR (‰)	< 45 ‰	2,72‰	< 45 ‰	6,15‰	Tercapai	
NDR (‰)	< 25 ‰	1,81 ‰	< 25 ‰	4,51 ‰	Tercapai	

#### Permasalahan :

Kinerja di Instalasi Inap pada semester 1 tahun 2019 secara keseluruhan belum mencapai target. Faktor yang menjadi penyebab ketidaktercapaian target adalah :

- Implementasi sistem rujukan berjenjang.
- Penurunan kunjungan pasien rawat jalan dan kunjungan pasien IGD belum mencapai target sehingga berpengaruh pada peluang pasien MRS.
- Fasilitas beberapa ruang perawatan yang belum optimal tingkat huniannya, seperti ruang VIP, NAPZA, Psikogeriatri dan Anak dan Remaja dan Metro.
- Masalah TOI dan BTO yang masih kurang, disebabkan karakter perawatan pasien jiwa yang membutuhkan waktu lama sementara belum diimbangi dengan peningkatan kunjungan pasien MRS.

#### Usul Pemecahan Masalah :

- Meningkatkan koordinasi dengan institusi jejaring rujukan pasien sehingga kualitas hubungan kerja dapat tetap terjaga dengan baik.
- Menambah jejaring rujukan pasien rawat inap :
  - Ruang NAPZA melalui upaya kerjasama (MoU) dengan Kejaksaan dan Kepolisian.
  - Ruang Psikogeriatri dengan menjalin MoU dengan Dinas Sosial Magetan dan Tulung Agung.

- Ruang Anak dan Remaja dengan menjalin MoU dengan Dinas Sosial Anak kota Batu.
- Mengontrol kualitas perawatan pasien dengan mengupayakan :
  - ✓ Lama perawatan kurang dari 35 hari.
  - ✓ Angka ketepatan jam visite dokter spesialis 75%
  - ✓ Monev kepatuhan terhadap CP.
  - ✓ Memberikan value untuk ruang rawat inap fisik (Metro) sehingga dapat menarik minat pasien non BPJS

#### d. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Tabel Kinerja Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Jumlah kunjungan pasien	5.156	2.562	5.256	2.580	49,09%	0,70%

#### Permasalahan :

Pencapaian kinerja di Instalasi Gawat Darurat pada semester 1 tahun 2019 belum mencapai target, namun demikian jumlah kunjungannya lebih tinggi dibandingkan dengan tahun 2018 tumbuh 0,7 %.

Faktor penyebabnya adalah :

- Upaya untuk mendorong mitra jejaring rujukan pasien masih perlu untuk ditingkatkan.
- Liburan yang panjang membuat tim jejaring rujukan libur untuk proses rujukan pasien dari daerah.

#### Usul Pemecahan Masalah :

- Mengupayakan untuk membangun komunikasi dan koordinasi secara intens dengan mitra jejaring rujukan, baik melalui wa grup maupun media sosial lainnya.
- Selalu menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan terutama yang terkait dengan waktu tunggu pasien dan untuk pasien jiwa adalah waktu tunggu sampai dengan pasien tenang.
- Mengusulkan fasilitas ruang tunggu keluarga pasien yang lebih nyaman.
- Mengoptimalkan sistem SISRUTE sehingga pelayanan pasien rujukan bisa lebih cepat dan efektif.

### e. Instalasi Biomedika

#### ➤ Sub Instalasi Radiologi

Kinerja Pelayanan Instalasi Radiologi Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Jumlah pemeriksaan radiologi	2.608	1.170	2.500	1.353	54,12%	16%

Pencapaian kinerja di Instalasi Radiologi pada semester 1 tahun 2019 tercapai sesuai dengan target sebesar 54,12%, dan tumbuh sebesar 16 %, faktor kontributor pertumbuhan adalah :

- Sudah dioperasionalkannya CT scan.
- Adanya tambahan 1 orang SDM Dokter Radiolog sehingga pelayanan menjadi lebih cepat.

Adapun rencana tindak lanjut sebagai :

- Mempertahankan kualitas pelayanan.
- Mengusulkan adanya klinik Radiologi untuk menjaring peningkatan pasien dari luar rumah sakit.

#### ➤ Sub Instalasi Laboratorium

Kinerja Pelayanan Instalasi Laboratorium Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Jumlah pemeriksaan laboratorium	52.868	23.700	58.872	26.541	45,08%	12%

Pencapaian kinerja Instalasi Laboratorium pada semester 1 tahun 2019 adalah sebesar 45,08%, namun demikian lebih tinggi dibandingkan tahun 2018, yaitu tumbuh 12 %. faktor penyebab belum tercapai target adalah kontributor terbanyak kunjungan dan pemeriksaan laboratorium adalah dari pasien rawat jalan, IGD dan rawat inap. Ketika pasien rawat jalan dan rawat inap mengalami penurunan maka akan berdampak langsung.

Adapun rencana perbaikan adalah :

- Mengusulkan untuk pelayanan klinik laboratorium yang menjadi satu atap dengan nama klinik penunjang, sehingga memudahkan untuk prosedur pelayanan pasien dari luar rumah sakit.
- Membuat inovasi layanan khususnya untuk paket general check up.

### ➤ Sub Instalasi Elektromedis

Kinerja Pelayanan Instalasi Elektromedis Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
ECG	734	252	650	222	34,15%	-12%
EEG	232	164	325	141	43,38%	-14%
ECT	334	273	600	157	26,17%	-42%
Hi TOP	5	-				

Analisa Pencapaian kinerja Instalasi Elektromedis pada semester 1 secara keseluruhan belum mencapai target dan lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya faktor penyebab diantaranya adalah :

- Penurunan pemeriksaan ECG disebabkan kunjungan pasien rawat jalan fisik dan rawat inap fisik (ruang Metro) menurun. Sementara belum ada peningkatan pasien kunjungan langsung dari luar rumah sakit.
- Penurunan pemeriksaan EEG disebabkan kunjungan pasien klinik neuro dan pasien dengan gangguan mental organik menurun. Tidak ada kegiatan penelitian dari luar yang memanfaatkan pemeriksaan EEG.
- Kegiatan ECT tidak mencapai target karena telah diopersionalkannya ECT premedikasi. Metode ini membutuhkan prosedur yang lebih rumit dan waktu yang lebih lama, namun lebih aman. Dukungan fasilitas dan SDM yang masih terbatas maka indikasi pasien yang kan di ECT juga diperketat. Disamping itu upaya untuk penganganan gangguan jiwa dengan tidak menggunakan metode yang invasif juga lebih baik.

Upaya tindak lanjut :

- Mengusulkan adanya klinik penunjang medis sehingga bisa mengakomodir pelayanan elektromedis untuk pasien luar dengan lebih mudah dan cepat.
- Meningkatkan upaya promosi EEG karena dari sisi kelangkaan layanan masih tinggi.

### ➤ Sub Instalasi Pemeliharaan Alat Kesehatan

Parameter	Target 2019	Realisasi Smt 1 2019	Tingkat Pencapaian
Pemeliharaan alat medis	5499	2.566	47%
Jumlah kegiatan kalibrasi alat medis	418	September 2019	

Pencapaian kinerja di Instalasi Pemeliharaan Alat Kesehatan belum mencapai target. Hal ini disebabkan karena adanya beberapa alkes yang rusak dan beberapa alkes afkir.

Kegiatan kalibrasi belum mencapai target karena pelaksanaan kalibrasi dijadwalkan pada bulan September 2019.

#### f. Instalasi Rehabilitasi Medik (Fisik dan Psikososial)

Kinerja Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Jumlah kunjungan pasien	34.022	15.719	32.000	10.854	33,92%	-30,95%

Pencapaian kinerja di Instalasi Rehabilitasi Medik belum mencapai target. Pencapaian ini juga jauh lebih rendah dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Faktor yang berpengaruh terhadap penurunan tersebut adalah :

- Adanya penurunan pasien Rawat Inap berdampak terhadap penurunan pasien yang dilakukan Rehabilitasi.
- Pada bulan Mei-Juni hari kerja 10 hari karena ada cuti bersama hari raya yang lebih lama, sehingga berpengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien.

Upaya tindak lanjut :

- Meningkatkan upaya promosi Rehabilitasi Medik.
- Meningkatkan kerjasama dengan unit terkait, untuk meningkatkan kunjungan pasien.

#### g. Instalasi NAPZA

Tabel . Kinerja Pelayanan Instalasi Napza Realisasi Semeseter 1 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018(SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Jumlah pasien MRS	200	33	300	66	22,00%	60%
Jumlah pasien KRS	200	36	300	71	23,67%	70%

Pencapaian kinerja di Instalasi PK Napza belum mencapai target, namun terjadi peningkatan pertumbuhan. Faktor penyebab belum tercapainya target kunjungan :

- Penurunan rujukan dari BNN (disebabkan karena BNN sudah tidak melakukan penjangkaran pasien PK Napza)
- Belum optimalnya promosi ke jejaring dan masyarakat.

Upaya Lanjut :

- Menjalin kerja sama dengan Kepolisian dan Lembaga Pemasarakatan untuk jejaring rujukan.

### h. Instalasi Gizi

Kinerja Pelayanan Instalasi Gizi Untuk Makanan Pasien Realisasi Semeseter 1 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Jumlah pelayanan makanan (porsi)	595.234	299.724	536.550	297.362	55,42%	-0,79%

Pencapaian kinerja pelayanan makanan pasien Instalasi Gizi pada semester 1 tahun 2019 mencapai target, namun mengalami penurunan dibandingkan tahun 2018, faktor yang berpengaruh terhadap kenaikan tersebut adalah : penurunan BOR dan jumlah hari perawatan.

Rencana tindak lanjut lebih ke arah perbaikan kualitas pelayanan dengan mengusulkan perbaikan ruang pelayanan sehingga dapat menunjang sistem pelayanan yang berstandar akreditasi internasional.

### i. Instalasi Farmasi

Kinerja Pelayanan Instalasi Farmasi Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Jumlah resep yang dilayani	250.000	133.985	275.000	121.489	44,18%	-9,33%

Pencapaian kinerja Instalasi Farmasi belum mencapai target. Pencapaian tahun 2019 lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2018, sebesar 9,33 %, faktor penyebabnya adalah turunnya kunjungan rawat jalan dan rawat inap.

Rencana tindak lanjut lebih untuk meningkatkan kualitas pelayanan, khususnya pelayanan untuk unit gawat darurat, dengan mengusulkan adanya ruang pelayanan satelit farmasi yang lebih representatif.

### j. Instalasi Rekam Medik

Tabel . Kinerja Instalasi Rekam Medik Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018(SMT I)	Target 2019	Realisasi 2018(SMT I)	Tingkat Pencapaian
Kelengkapan pengisian rekam medik < 24 jam	80%	96,32	100,00%	97,93	100,00%
Pengembalian rekam medik < 24 jam	> 80%	99,32	100,00%	99,23	100,00%

Kinerja pelayanan Instalasi Rekam Medik pada semester 1 tahun 2019 mencapai target, pencapaian ini didukung adanya SIM RS yang terintegrasi dengan pelayanan pasien.

#### k. Instalasi bedah

Parameter	Tahun 2018		Tahun 2019		Tingkat Pencapaian	Tingkat Pertumbuhan
	Target	Realisasi 2018 (SMT I)	Target	Realisasi 2019 (SMT I)		
Jumlah tindakan bedah di OK	85	36	72	23	31,94%	-36,11%

Pencapaian kinerja Instalasi Bedah tidak mencapai target yang diharapkan. Faktor penyebab diantaranya upaya untuk mendorong mitra jejaring rujukan pasien masih perlu untuk ditingkatkan, faktor penyebab diantaranya adalah :

- Regulasi rujukan berjenjang
- upaya untuk mendorong mitra jejaring rujukan pasien belum optimal
- belum adanya value yang membedakan pelayanan bedah di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat dengan kompetitor di sekitar yang dapat menarik minat masyarakat untuk memilih pelayanan di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat

#### l. Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS)

Kinerja Pelayanan Instalasi PKRS Pelaksanaan Penyuluhan di luar Semester 1 Tahun 2019

Parameter	Target 2018	Realisasi 2018 (SMT I)	Target 2019	Realisasi 2019 (SMT I)	Tingkat Pencapaian	Pertumbuhan
Penyuluhan diluar rumah sakit	12	7	12	16	133,33%	128,57%
Penyuluhan didalam rumah sakit	158	103	158	105	66,46%	1,94%
Pembinaan Lansia	6	10	8	10	125%	0%
Pembinaan Layanan di PPK primer dan sekunder	52	26	55	7	12,73%	-73,08%
Pembinaan KPSI (Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia)	3	1	3	2	66,67%	100%

Secara keseluruhan pada semester 1 tahun 2019 pencapaian kegiatan PKRS mencapai target dan lebih tinggi dibandingkan semester 1 tahun 2018. Kegiatan PKRS juga diintegrasikan dengan upaya promosi pelayanan rumah sakit.

Upaya tindak lanjut dengan melakukan analisa terkait dampak promosi terhadap peningkatan kunjungan rumah sakit.

#### 4). Capaian Tingkat Kesehatan RS Direkorat Medik dan Keperawatan

##### ➤ Analisa Tingkat Kesehatan RS

Analisa capaian tingkat Kesehatan Rumah Sakit Direktorat Medik dan Keperawatan pada semester 1 tahun 2019 sebagai berikut :

No	Indikator	Haper	Nilai	Analisis
<b>A</b>	<b>Pertumbuhan Produktifitas</b>			
1	Rata-rata pertumbuhan kunjungan rawat jalan/hari	86,9		Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap penurunan adalah : 1. Adanya regulasi rujukan berjenjang pasien BPJS 2. Penetapan kelas pelayanan non psikiatri mengikuti kelas unit utama pelayanan, jadi meskipun pelayanan non psikiatri adalah kelas B dalam rujukan PCARE mengikuti kelas type A. 3. Belum ada monev yang terintegrasi dan berorientasi output dari upaya promosi yang telah dilakukan.
	Rata-rata pertumbuhan kunjungan rawat darurat/hari	1,01		Upayakan untuk membangun komunikasi dan koordinasi secara intens dengan mitra jejaring rujukan, baik melalui WA grup maupun media sosial lainnya. Perbaiki kualitas pelayanan.
3	Pertumbuhan Hari perawatan	87,7		Faktor yang menjadi penyebab penurunan adalah : 1. Implementasi sistem rujukan berjenjang. 2. Penurunan kunjungan pasien rawat jalan belum mencapai target sehingga berpengaruh pada peluang pasien MRS. 3. Fasilitas beberapa ruang perawatan yang belum optimal tingkat huniannya, seperti ruang VIP, NAPZA, Psikogeriatri dan Anak dan Remaja dan Metro. 4. Penurunan BOR dan ALOS
4	Rata-rata Pertumbuhan Pemeriksaan radiologi/hari	1,16		Faktor kontributor pertumbuhan adalah : Sudah dioperasionalkannya CT scan. Adanya tambahan 1 orang SDM Dokter Radiolog sehingga pelayanan menjadi lebih cepat.
5	Rata-rata Pertumbuhan Pemeriksaan laboratorium/hari	1,12		Pertumbuhan laboratorium meningkat sedikit. Hal ini disebabkan karena adanya peningkatan kunjungan pasien MCU
6	Rata-rata Pertumbuhan ECT/psikoterapi /hari	0,58		Kegiatan ECT mengalami penurunan karena telah diopersionalkannya ECT premedikasi. Metode ini membutuhkan

				prosedur yang lebih rumit dan waktu yang lebih lama, namun lebih aman. Dukungan fasilitas dan SDM yang masih terbatas maka indikasi pasien yang kan di ECT juga diperketat. Disamping itu upaya untuk penganganan gangguan jiwa dengan tidak menggggunakan metode yang invasif juga lebih baik.
7	Rata-rata Pertumbuhan rehab medik(Fisik dan Psikososial) /hari	66,4		Faktor yang berpengaruh terhadap penurunan tersebut adalah : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya penurunan pasien Rawat Inap berdampak terhadap penurunan pasien yang dilakukan Rehabilitasi.</li> <li>- Pada bulan Mei -Juni hari kerja 10 hari karena ada cuti bersama hari raya yang lebih lama, sehingga berpengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien.</li> </ul>
<b>B Efektivitas Pelayanan</b>				
1	Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	97,93%	2	Target tercapai. Faktor pendukungnya adalah adanya implementasi SIM RS yang telah terintegrasi dengan pelayanan pasien
2	Pengembalian Rekam Medik	99,23%	2	Target tercapai. Faktor penunjang adalah pemberlakuan rekam medik elektronik.
3	Angka Pembatalan ECT	0	0,5	Target tercapai. Sistem skrening berjalan dengan baik dan adanya komitmen SDM terhadap keselamatan pasien.
4	Angka Kegagalan hasil radiologi	0	2	Target tercapai. Telah diberlakukannya
5	Penulisan resep sesuai formularium	96,98%	2	Target tercapai
6	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	0,39%	2	Target tercapai
7	BOR	68,93%	1,5	Target tercapai
<b>C Mutu Pelayanan</b>				
1	Emergency response time rate (menit)	1 jam 47 menit 50 detik	2	Target tercapai
2	Waktu tunggu rawat jalan (menit)	59 menit 22 detik	2	Target tercapai
3	LOS/length of stay (hari)	35,73 hari	2	Target tercapai
4	Kecepatan pelayanan resep obat jadi (menit)	19 menit 23 detik	2	Target tercapai

5	Waktu tunggu sebelum ECT (HARI)	1 hari	2	Target tercapai.
6	Waktu tunggu hasil laboratorium (menit)	36 menit 12 detik	2	Target tercapai
7	Waktu tunggu hasil radiologi (jam)	5 jam 40 menit	2	Pada bulan April sampai 2 minggu pertama Mei, Dokter radiolog berhalangan karena sakit, sehingga pembacaan hasil rotgent dilakukan diluar rumah sakit, melalui bekerjasama dengan Instalasi Radiologi RSUD Lawang

D	Mutu Klinik			
1	Angka kematian di Gawat Darurat	0,015‰		Target tercapai
2	Angka kematian > 48 jam	6,16 ‰		Target tercapai
3	Post ECT Death Rate	0		
4	Angka infeksi nosokomial			Data masih dikorfiriasi
5	Jumlah kematian ibu di Rumah Sakit	0		Target tercapai
6	Ratio tempat tidur kelas III	66,14%	2	Target tercapai

➤ **Analisa pencapaian IKI direktur Utama tahun 2019**

Indikator Kinerja	Target	Capaian	Analisis
Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	100%	Target tercapai
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥ 80%	98%	Target tercapai
Prosentase Tidak adanya Kejadian Pasien Jatuh	100%	99,8%	Target tidak tercapai. Hal yang berkontribusi diantaranya terjadi pada pasien di ruang rawat intensif yang gelisah membuang air minum ke lantai yang menyebabkan pasien lain jatuh.
Cedera / Trauma Fisik Akibat Fixasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif	≤ 1,5%	0,25%	Target tercapai
Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	100%	Target tercapai
Infeksi Aliran Darah Perifer (Plebitis)	≤ 5%	3,99%	Target tercapai
Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	99,9%	Target belum tercapai, karena ada yang belum memahami tata cara hand higiene dengan benar

Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	≥ 95%	89,1%	Variasi severity level dari kasus-kasus yang dirawat di UPIP sangat luas, tidak sebanding dengan ketersediaan SDM, sehingga pelaksanaan perawatan pasien kurang efektif. Di samping itu, respons pasien terhadap terapi juga sangat bervariasi.
Tidak adanya Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%	100%	Target tercapai
Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	Target tercapai
Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	≤ 120 Menit	84,99 menit	Target tercapai
Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 Menit	57,275 menit	Target tercapai
Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam	1,73 jam	Target tercapai
Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 Jam	53,326 mnt	Target tercapai
Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 Menit	17,03	Target tercapai
Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)	>80%	98,16%	Target tercapai

## b. Direktorat SDM dan Pendidikan

### 1). Kinerja Bagian SDM

Pencapaian Kinerja Bagian SDM meliputi di 2 Sub Bagian, yaitu Sub Bagian Administrasi Kepegawaian dan Sub Bagian Pengembangan SDM. Pada semester 1 (satu) Tahun 2019 didapatkan gambaran ketenagaan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai berikut :

#### Jumlah Pegawai Menurut Jabatan

No	Uraian	Akhir Juni 2019	
A	<b>MENURUT JABATAN</b>		
	1	STRUKTURAL	
		ESELON I	0
		ESELON II	1
		ESELON III a	3
		ESELON III b	6
		ESELON IV	14
	2	FUNGSIONAL	500
3	STAF	164	

		<b>JUMLAH</b>	<b>688</b>
		NON PNS	135
		<b>JUMLAH</b>	<b>135</b>
<b>JUMLAH TOTAL</b>			<b>823</b>
<b>B</b>	<b>MENURUT GOLONGAN</b>		
		GOLONGAN IV	95
		GOLONGAN III	488
		GOLONGAN II	105
		GOLONGAN I	0
		<b>JUMLAH</b>	<b>688</b>
		NON PNS	135
		<b>JUMLAH</b>	<b>135</b>
<b>JUMLAH TOTAL</b>			<b>823</b>

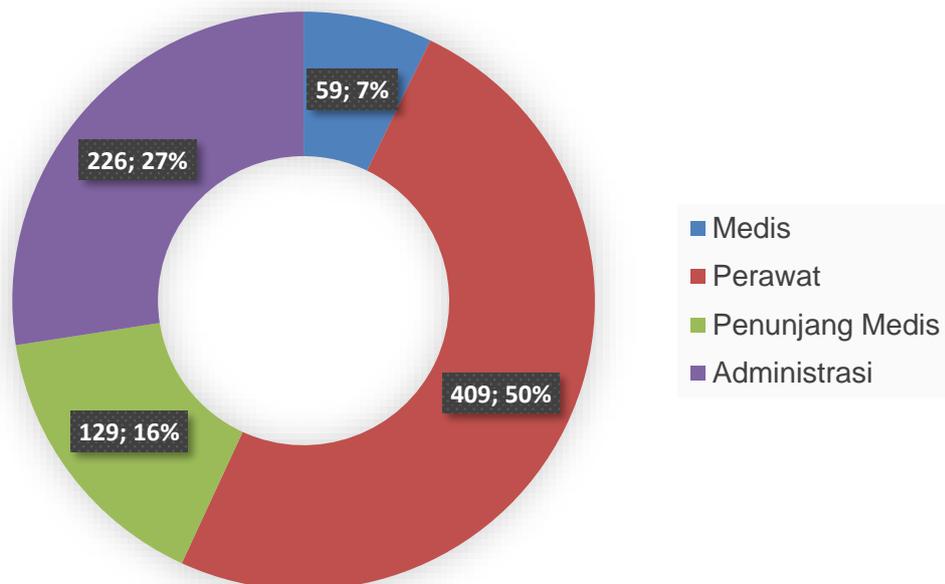
#### Jumlah Pegawai Menurut Pendidikan

Menurut Pendidikan	Akhir Juni 2019
<b>PNS</b>	
S3	0
S2	32
S1	205
D.IV	40
D.III	291
D.I	2
SLTA	115
SLTP	2
SD	1
<b>Jumlah</b>	<b>688</b>
<b>Menurut Pendidikan Non PNS</b>	<b>Akhir Juni 2019</b>
S3	0
S2 (Konsultan + BLU)	5
S1	15
D.IV	0
D.III	69
D.I	3
SLTA	42
<b>Jumlah</b>	<b>135</b>
<b>Jumlah Total</b>	<b>823</b>

Jumlah Pegawai Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat :

NO.	Jenis Tenaga	Periode Akhir Juni 2019		
		PNS	Non PNS/ Kontrak	Jumlah
1.	Medis	53	6	59
2.	Perawat	356	53	409
3.	Penunjang Medis	115	14	129
4.	Administrasi	164	62	226
<b>Jumlah</b>		<b>688</b>	<b>135</b>	<b>823</b>

### Jenis Tenaga



Capaian Kinerja Bagian SDM berdasarkan RBA pada semester 1 (satu) Tahun 2019 dapat digambarkan dalam tabel sebagai berikut :

Program Kerja	Kegiatan	Satuan	Target Tahun 2019	Capaian Smt I	Prosentase (%)
Melaksanakan survey kepuasan pegawai	Melaksanakan survey kepuasan pegawai	Kegiatan	2	1	50%
<i>Capacity Building</i>	<i>Capacity Building</i>	Paket	1	0	0%
<i>Branchmarking (1</i>	<i>Branchmarking</i>	Paket	1	0	0%

<i>paket/th</i> )	(1 paket/th)				
Pengelolaan Kesejahteraan	BPJS	Kegiatan	12	6	50%
	TASPEN	Kegiatan	1	1	100%
	Cuti Pegawai	Kegiatan	12	6	50%
	Tali Asih	Kegiatan	1	0	0%
	Pemeriksaan Kesehatan Pegawai	Kegiatan	1	0	0%
	Pengelolaan Uang makan pegawai PNS	Kegiatan	12	6	50%
	Pengelolaan Pegawai Non PNS	Kegiatan	1	1	100%
Penerapan manajemen risiko	Program Peningkatan Daya Tahan Tubuh	Kegiatan	12	6	50%
Evaluasi complain Pegawai	Komplain yang ditindaklanjuti	prosentase	100%	100%	100%
Penyelesaian penyusunan dokumen PPS akreditasi	Penyusunan/revisi dokumen Akreditasi (SPO,SPM, Pedoman)	Kegiatan	2	2	100%
Sosialisasi dokumen PPS akreditasi	Membuat dan sosialisasi Surat Edaran	Paket	18	7	39%
Implementasi dokumen PPS akreditasi	Verifikasi Ijazah	Paket	1	1	100%
	Melengkapi Dokumen Uraian Tugas dan RKK	Paket	1	1	100%
	Evaluasi Penempatan Pegawai	Kegiatan	1	0	0%
Pencapaian Indikator mutu Unit Kerja di lingkup Bag SDM	Pencapaian Indikator mutu Bagian SDM (7 Indikator Mutu)	Kegiatan	7	7	100%
Mutasi Pegawai	Mutasi pindah pegawai eksternal RSJRW	Kegiatan	1	1	100%
	Mutasi pindah pegawai internal	Kegiatan	1	1	100%
	Kenaikan pangkat reguler / pilihan	Orang	20	29	145%
	Kenaikan pangkat fungsional	Orang	77	63	82%
	Usulan jabatan fungsional pertama	Orang	9	0	0%
	Pengusulan pensiun	Berkas	11	12	109%
	Mengelola pegawai yang meninggal	Berkas	2	2	100%

Penatausahaan Pegawai	Pengusulan KARIS/ KARSU	Orang	14	7	50%
	Pengusulan KARPEG	Orang	11	23	209%
	Pembuatan surat ijin	Surat	6	390	6500%
	Pembuatan Surat Keputusan DIRUT	SK	18	72	400%
	Mengagendakan surat masuk / keluar	Surat	950	700	74%
		Surat	80	62	78%
	Administrasi kepegawaian lainnya	Surat	2883	5464	190%
	Meng-update SIMKA online	Kegiatan	6	6	100%
	Merekap data ketenagaan bulanan	Laporan	6	6	100%
	Pengusulan Kenaikan Gaji Berkala	Orang	252	202	80%
Meng-update dan membuat DUK	Dokumen	6	6	100%	
Kegiatan koordinasi Internal dan Eksternal	Koordinasi Eksternal	Paket	6	6	100%
	Koordinasi Internal	Paket	6	8	133,30%
Revisi dokumen analisa beban kerja	Revisi dokumen analisa beban kerja	Kegiatan	1	1	100%
Pemberian penghargaan Satya Lencana Karya Satya dan Bhakti Karya Husada	Pemberian penghargaan Satya Lencana Karya Satya dan Bhakti Karya Husada	Kegiatan	1	0	0%
Penghargaan pegawai berprestasi	Penghargaan pegawai berprestasi	Kegiatan	2	1	50%
Sosialisasi peraturan kepegawaian	Sosialisasi peraturan kepegawaian	Kegiatan	1	1	100%
Revisi pedoman remunerasi	Revisi pedoman remunerasi	Kegiatan	1	1	100%
Implementasi / pembagian remunerasi	Implementasi/ pembagian remunerasi	Kegiatan	12	7	58%
Implementasi	Penilaian budaya kerja	Kegiatan	2	1	50%

budaya kerja	Evaluasi Program AoC	Kegiatan	1	1	100%
Dialog Kinerja (Supervisi Manajerial)	Dialog Kinerja (Supervisi Manajerial)	Kegiatan	2	2	100%
Penilaian Kinerja Pegawai	Penilaian Kinerja Pegawai	Kegiatan	12	6	50%
Pengelolaan absensi pegawai	Pengelolaan absensi pegawai/evaluasi absensi finger print	Kegiatan	12	6	50%
Kehadiran Apel dan Upacara	Evaluasi kehadiran Apel dan Upacara	Kegiatan	12	6	50%
Tata Persuratan Sub bagian Pengembangan SDM	Pengelolaan keluar masuk surat dan penggandaan surat, dokumen	Kegiatan	12	6	50%
Revisi profiling kompetensi dan TNA	Revisi Profiling Kompetensi	Kegiatan	1	1	100%
Diklat pengembangan penjenjangan karier	Diklat PIM, Ujian Dinas, Prajabatan	Kegiatan	3	2	67%
Pemenuhan kebutuhan tenaga PNS	Bezetting	Kegiatan	1	1	100%
	Desk dan Penetapan Formasi	Kegiatan	1	1	100%
	Seleksi	Kegiatan	1	0	0%
Pemenuhan kebutuhan Non PNS	Rekrut Tenaga Non PNS	Paket	1	1	100%

Analisa Kinerja Bagian SDM berdasarkan RBA pada semester 1 (satu) Tahun 2019 dapat dijabarkan sebagai berikut :

➤ **Survei Kepuasan Pegawai**

Kegiatan ini telah dilakukan sesuai dengan target sebanyak 1 kali dalam satu semester. Hasil survei mendapatkan bahwa tingkat kepuasan pegawai 86,30%. Hasil survei juga mendapatkan, bahwa pegawai masih menunjukkan ketidakpuasan pada beberapa aspek, diantaranya adalah pemberian jasa layanan atas prestasi atau kerja ekstra yang dilakukan (39,3%), ketersediaan peralatan dan perlengkapan untuk mendukung kerja (20,7%), ketersediaan fasilitas penunjang seperti tempat parkir, kamar mandi (17%), ketersediaan jaminan atas kesehatan/keselamatan (23,7%), kesempatan untuk meningkatkan kemampuan kerja melalui pendidikan/pelatihan (12%) dan kesempatan membuat prestasi dan mendapatkan penghargaan (13,3%).

➤ **Retensi Pegawai**

Program ini terdiri dari 2 kegiatan. Semua kegiatan telah mencapai target, program ini meliputi *Capacity Building* dan *Branchmarking* merupakan program yang dilaksanakan 1 kali dalam satu tahun. Perencanaan program tersebut sudah dilaksanakan di semester 1 (satu) adapun pelaksanaan kegiatan *Capacity Building* akan dilaksanakan di awal semester II dan pelaksanaan *Branchmarking* direncanakan pada akhir semester II 2019.

Capaian Kegiatan Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
<i>Capacity Building</i> tercapai 0%	Hal ini dikarenakan akan dilaksanakan pada semester 2 (dua) tahun 2019.	Akan dilaksanakan di semester 2
<i>Branchmarking</i> 0%	Hal ini dikarenakan akan dilaksanakan pada semester 2 (dua) tahun 2019.	Akan dilaksanakan di semester 2

➤ **Pengelolaan Kesejahteraan**

Capaian Kegiatan Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
BPJS tercapai 50%	Komitmen SDM untuk melakukan tugas dan fungsinya telah dilakukan dengan baik	Melakukan monitoring dan evaluasi untuk menjaga kualitas pelayanan
TASPEN tercapai 100%	Pengangkatan pegawai baru CPNS ada, sehingga ada kegiatan pembuatan kartu TASPEN	Melakukan monitoring dan evaluasi untuk menjaga kualitas pelayanan
Cuti Pegawai tercapai 50%	Komitmen SDM untuk melakukan tugas dan fungsinya telah dilakukan dengan baik	Melakukan monitoring dan evaluasi untuk menjaga kualitas pelayanan
Tali Asih tercapai 0%	Kegiatan ini baru akan dilaksanakan pada bulan Agustus 2019	Tetap melaksanakan tugas sesuai dengan SOP
Pemeriksaan Kesehatan Pegawai tercapai 0%	Kegiatan ini baru akan dilaksanakan pada semester 2 tahun 2019	Menyiapkan dan mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan dengan unit yang terkait
Pengelolaan Uang makan pegawai PNS tercapai 50%	Komitmen SDM untuk melakukan tugas dan fungsinya telah dilakukan dengan baik	Melakukan monitoring dan evaluasi untuk menjaga kualitas pelayanan

Pengelolaan Pegawai Non PNS tercapai 100%	Sudah dilakukan seluruhnya yaitu perpanjangan perjanjian kontrak pegawai non PNS	Melakukan monitoring dan evaluasi untuk menjaga kualitas pelayanan
---	--	--

➤ **Penerapan Manajemen Risiko**

Kegiatan pemeriksaan kesehatan pegawai belum terlaksana, rencana akan dilaksanakan pada semester 2 tahun 2018. Penentuan prioritas pemeriksaan dan sasaran pemeriksaan kesehatan didasarkan pada identifikasi risiko prioritas masing-masing jabatan. Direncanakan pemeriksaan kesehatan untuk pejabat structural, penjamah makanan pasien dan pemberian vaksinasi hepatitis kepada pegawai yang berisiko tertular penyakit hepatitis.

Telah dilakukan evaluasi penerapan program peningkatan daya tahan tubuh pegawai pada semester 1 tahun 2019. Berdasarkan evaluasi didapatkan perubahan sasaran pemberian makanan peningkat daya tahan tubuh yang didasarkan pada grading risiko tiap pegawai. Pada akhir bulan Juni 2019 ditetapkan Revisi Panduan Program Peningkatan Daya Tahan Tubuh Pegawai sebagai dasar penerapan program pada periode selanjutnya.

➤ **Evaluasi Komplain Pegawai**

Evaluasi komplain pegawai telah ditindaklanjuti dan tercapai 100%. Komplain yang terjadi biasanya terkait Keterlambatan SK Pensiun, kenaikan pangkat dan absensi pegawai.

➤ **Implementasi Dokumen PPS Akreditasi.**

Program ini terdiri dari 3 kegiatan. Semua kegiatan telah mencapai target. Penjelasan lebih lanjut terdapat pada tabel dibawah ini.

Capaian Kegiatan Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
Verifikasi Ijazah tercapai 100%	Komitmen SDM untuk melakukan tugas dan fungsinya telah dilakukan dengan baik	Melakukan monitoring dan evaluasi untuk menjaga kualitas pelayanan
Melengkapi Dokumen Uraian Tugas dan RKK tercapai 100%	Komitmen SDM untuk melakukan tugas dan fungsinya telah dilakukan dengan baik	Melakukan monitoring dan evaluasi untuk menjaga kualitas pelayanan
Evaluasi Penempatan Pegawai tercapai 0%	Kegiatan ini baru akan dilaksanakan pada semester 2 tahun 2019	Menyiapkan dan mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan dengan unit yang terkait

➤ **Pencapaian Indikator Mutu**

Implementasi indikator mutu bagian SDM (7 Indikator Mutu) telah tercapai 100%.

Hal ini menunjukkan bahwa komitmen SDM untuk menjaga kualitas pelayanan sudah baik.

➤ **Mutasi Pegawai**

Program kerja mutasi pegawai terdiri dari 7 kegiatan, penjelasannya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Capaian Kegiatan Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
Mutasi pindah pegawai eksternal RSJRW tercapai 100%	Beberapa pegawai yang mau masuk ke RSJ Lawang baru 1 orang dari Dinas Kominfo Propinsi Maluku, TMT 1 juni 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan analisa penempatan sesuai ABK.</li> <li>• Melakukan program Orientasi</li> <li>• Melakukan evaluasi pasca mutasi.</li> </ul>
Mutasi pindah pegawai internal tercapai 100%	Telah tercapai sesuai target, yang mengagendakan pelaksanaan mutasi 1 kali/semester, untuk memberikan suasana kondusif dan peningkatan kualitas pelayanan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan komunikasi dan koordinasi internal.</li> <li>• Melakukan analisa mutasi internal berdasarkan data yang obyektif.</li> <li>• Melakukan evaluasi pasca mutasi.</li> </ul>
Kenaikan pangkat reguler / pilihan tercapai 145%	Sesuai dengan jumlah pegawai yang telah memenuhi penilaian angka kredit untuk naik pangkat secara reguler / pilihan di bulan April 2019.	Mempertahankan kualitas pelayanan kepegawaian yang berorientasi pada kepuasan pegawai
Kenaikan pangkat fungsional tercapai 63 %	Terdapat pegawai yang seharusnya sudah waktunya melakukan pengusulan kenaikan pangkat, tetapi tidak mampu memenuhi persyaratan, terutama pembuatan angka kredit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan sosialisasi.</li> <li>• Melakukan analisis faktor penyebab.</li> <li>• Memberikan pembinaan.</li> </ul>
Usulan jabatan fungsional pertama tercapai 0 %	CPNS 2017 baru diusulkan pengangkatan ke dalam jabatan fungsional pertama di bulan Juli 2019 Sebanyak 22 orang.	Meningkatkan komunikasi dan koordinasi dengan CPNS 2017 untuk melengkapi berkas untuk usulan dalam jabatan fungsional pertama
Pengusulan pensiun tercapai 109 %	Sesuai dengan jumlah SDM yang telah memasuki masa pensiun, sisanya akan memasuki masa pensiun pada semester 1 tahun 2019 sebanyak 12 orang.	Mempertahankan kualitas pelayanan SDM yang berorientasi pada kepuasan konsumen

Mengelola pegawai yang meninggal terealisasi 100%	Mendorong upaya pemeriksaan umum/general check up untuk SDM yang mempunyai risiko kesehatan.
---	--

➤ **Penatausahaan Pegawai.**

Program ini terdiri dari 10 kegiatan, Penjelasan lebih lanjut terdapat pada tabel dibawah ini.

Capaian Kegiatan Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
Pengusulan KARIS / KARSU tercapai 50%,	Penerbitan KARIS / KARSU dilakukan oleh BKN, pengiriman berkasnya menunggu usulan dari pegawai terkumpul semua dulu.	Mendata pegawai yang telah menikah tetapi belum memiliki KARIS/KARSU .
Pengusulan KARPEG tercapai 209 %	CPNS 2018 yang ada saat ini statusnya belum PNS. Jadi yg diusulkan KARPEG-nya.CPNS 2017 sebanyak 23 orang.	Segera mengusulkan KARPEG-nya bagi CPNS 2018 ketika statusnya sudah PNS
Pembuatan surat ijin tercapai 6.500 %	Terkait dengan perubahan kebijakan tentang pembuatan surat ijin pegawai Sebelumnya dikerjakan di bagian Administrasi Umum sekarang dilimpahkan ke Bagian SDM	Mempertahankan kualitas pelayanan SDM.  Target akan dinaikkan pada Semester II dari 6 menjadi 300
Pembuatan Surat Keputusan Dirut tercapai 400 %	Terkait dengan perubahan kebijakan tentang pembuatan SK Dirut Sebelumnya dikerjakan di Bagian Administrasi Umum sekarang dilimpahkan ke Bagian SDM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjaga kominikasi dan koordinasi dengan unit terkait (Hukormas, TU) untuk mewujudkan kualitas pelayanan yang lebih baik</li> <li>• Target akan dinaikkan pada Semester II dari 18 menjadi 50</li> </ul>
Mengagendakan surat masuk tercapai 74%, surat keluar 78%	Sesuai dengan target yang telah ditetapkan	Mempertahankan kualitas pelayanan SDM
Administrasi kepegawaian lainnya tercapai 190%	Terdapat peningkatan pelayanan administrasi yang disebabkan legalisir berkas Kenaikan Pangkat, perpanjangan STR/SIP.	Meningkatkan koordinasi internal untuk menjaga kualitas pelayanan SDM  Target akan dinaikkan pada Semester II dari 2.883 menjadi 5000

Meng-update SIMKA online tercapai 100%	Sesuai dengan target yang telah ditetapkan	Mempertahankan kualitas pelayanan SDM
Merekap data ketenagaan bulanan tercapai 100%	Sesuai dengan target yang telah ditetapkan	Mempertahankan kualitas pelayanan SDM
Pengusulan Kenaikan Gaji Berkala terealisasi 100%	Sesuai dengan target yang telah ditetapkan	Meningkatkan koordinasi untuk mewujudkan kualitas pelayanan SDM yang lebih baik
Meng-update dan membuat DUK tercapai	Sesuai dengan target yang telah ditetapkan	Mempertahankan kualitas pelayanan SDM

#### ➤ Pemenuhan Kebutuhan Tenaga PNS

Program pemenuhan kebutuhan tenaga PNS 2019 pada semester I berdasarkan hasil Desk dengan Biro Kepegawaian Yankes RSJ RW mendapat formasi 20 orang yang meliputi: Dokter Spesialis, Psikologi, Keperawatan, Perkam medis, Kesehatan lingkungan, Okupasi Terapi, Arsiparis, Administrasi Keuangan, Perencana, Pengelola Museum, Apoteker dan Asisten Apoteker. Semester I 2019 ini untuk pertama kalinya RSJ RW mendapat persetujuan mengangkat 9 pegawai dengan status Pegawai Pemerintah dengan Perjanjian Kerja (PPPK).

#### ➤ Pemenuhan Kebutuhan Tenaga Non PNS

Program kegiatan ini ditargetkan 1 kegiatan yang akan dilakukan pada semester 2 tahun 2019. Pemenuhan Kebutuhan tenaga Non PNS pada Semester I 2019 hanya untuk mengganti pegawai Non PNS yang mengundurkan diri yaitu 2 orang dokter jaga IGD dan 2 orang peer konselor.

Capaian Kegiatan Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
Pemenuhan kebutuhan Non PNS tercapai 0%	Pelaksanaan rekrut pegawai non pns akan dilaksanakan pada semester 2	Dilaksanakan pada semester 2 setelah melaksanakan rekrut PNS dan PPPK 2019.

#### ➤ Revisi Pedoman Remunerasi

Capaian Kegiatan Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
Revisi pedoman remunerasi sudah memasuki finalisasi	Revisi sudah dilakukan dan sudah mendapat persetujuan dari Kemenkeu.	Melakukan revisi dan perhitungan ulang sesuai KMK yang baru.

## 2). Kinerja Bagian Pendidikan dan Penelitian

Pencapaian Kinerja Bagian Diklit semester 1 tahun 2019 adalah sebagai berikut :

Program	Kegiatan	Satuan	Target 2019	Capaian Semester 1 2019	% capaian
<b>Perspektif stake holder</b>					
Implementasi dan Evaluasi Tingkat Kepuasan Peserta Didik	Pelaksanaan Evaluasi Kepuasan Peserta Didik	prosentase	80	82	103%
Implementasi dan evaluasi komplain yang ditindaklanjuti	Evaluasi Komplain Pelanggan	prosentase	100	100	100%
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>					
Pelaksanaan survailance ISO 9001:2008 dan SNARS ed 1	Penyusunan dokumen ISO dan Akreditasi	paket	2	1	50%
Implementasi IPKP dalam SNARS ed 1	Menyusun kelengkapan dokumen IPKP	paket	1	1	100%
Merealisasikan MoU pendidikan	Penjajakan , perpanjangan dan evaluasi kerjasama dengan institusi pendidikan	kegiatan			
Tingkat pertumbuhan peserta didik	Meningkatkan jumlah layanan praktikan medis, keperawatan dan non medis	prosentase	≥ 1,1/Tahun atau ≥ 40% /Semester	47%	118%
	Kegiatan layanan praktikan S1 kedokteran	orang	461	216	47%
	Kegiatan layanan Praktikan /PKL S1 dan S2 Keperawatan	orang	2158	1650	76%
	Kegiatan layanan praktikan/PKL D3 Keperawatan	orang	2025	694	34%
	Kegiatan layanan praktikan/PKL S1 , S2 Psikologi , Ldan non medis ain-lain,	orang	234	141	60%
	Pelaksanaan kegiatan layanan magang	orang	5	0	0%
Prosentase supervisi yang Dilakukan oleh Institusi Jejaring Pendidikan	Supervisi oleh Institusi Jejaring Pendidikan Medis, Keperawatan dan Non Medis	kegiatan	80%	90,13%	112,6 %

Implementasi dan evaluasi Indikator Mutu	Monitoring dan evaluasi capaian indikator Mutu Bagian Diklit	kegiatan	12	6	50%
<b>Perspektif SDM dan Organisasi</b>					
Pemenuhan standar kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan	Prosentase pemenuhan standar kompetensi	prosentase	75%	77%	103%
	Pendidikan berkelanjutan sub spesialis penyakit dalam	orang	1	1	100%
	Monitoring & Evaluasi tenaga terlatih	prosentase	100	90	90%
	Peningkatan kompetensi CI	kegiatan	1	0	0%
	Pengembangan kerjasama penelitian	kegiatan	1	0	0%
	Melakukan penelitian yang bersifat inovatif dan mengembangkan pelayanan	kegiatan	2	0	0%
	Publikasi hasil penelitian	kegiatan	2	0	0%
	Pelatihan internal dan eksternal mendukung pengembangan pelayanan rumah sakit	orang	1590	1373	80%
	ToT dokdiknis	prosentase	75%	0%	0%
	Rata-rata jam pelatihan pegawai $\geq$ 20 jam pertahun	prosentase	80%	89%	111%
Sistem IT yang terintegrasi antara Bagian Diklit dan Bagian SDM	Membuat dan mengajukan sistem informasi yang terintegrasi antara Bagian Diklit dan Bagian SDM	kegiatan	1	0	0%
<b>Perspektif finansial</b>					
Optimalisasi penggunaan sistem IT	Evaluasi implementasi Sistem Informasi Pelatihan Terpadu	kegiatan	1	1	100%

Analisa capaian Kinerja Bagian Diklit semester 1 tahun 2019 adalah sebagai berikut :

Capaian Kinerja Kegiatan	Faktor Penyebab	Tindak Lanjut
Hasil survey tingkat kepuasan peserta didik 82 % peserta didik menyatakan puas	Hasil capaian survey menurun dibanding semester 1 tahun lalu karena penurunan kepuasan di akomodasi mahasiswa praktek	Mengkoordinasikan perbaikan akomodasi agar layanan di diklit meningkatkan menjadi lebih baik.
Kegiatan layanan Praktikan/PKL S1 Kedokteran tercapai 47 %	Kegiatan Pelayanan praktikan kedokteran masih tergantung dengan jadwal dari institusi asal	1 Mengkoordinasikan penjadualan lebih awal dengan institusi 2 Melakukan kerjasama baru dengan institusi pendidikan kedokteran
Kegiatan layanan Praktikan /PKL S1 dan S2 Keperawatan tercapai 76 %	Kegiatan Pelayanan praktikan S1 dan S2 keperawatan meningkat karena prodi S1 lebih diminati daripada prodi D3	Menjaga mutu layanan pendidikan dengan mengkoordinasikan penjadualan dengan institusi agar dapat mengatur jumlah mahasiswa sesuai rasio dengan pembimbing klinis
Kegiatan layanan praktikan/PKL D3 Keperawatan tercapai 34 %	Penurunan jumlah capaian praktikan D3 Keperawatan dikarenakan pengurangan peminatan untuk program D3, mahasiswa lebih banyak yang berminat pada program S1	Mengurangi target jumlah praktikan pendidikan D3 keperawatan dan mengalihkan target ke institusi pendidikan non medis
Kegiatan layanan praktikan/PKL Non Medis tercapai 60 %	Capaian layanan praktikan non medis meningkat adanya perpanjangan kerjasama dari institusi pendidikan sehingga jumlah mahasiswa yang dikirim meningkat	Melakukan koordinasi aktif dengan institusi pendidikan non medis serta mempertahankan mutu layanan
Pelaksanaan kegiatan layanan magang tercapai 0%	Kurangnya informasi ke institusi lain institusi lain bahwa di RSJ ada layanan praktik magang	Membuka peluang magang ke Dinas Kesehatan kabupaten / Kota
Lokakarya dengan institusi pasangan tercapai 0%	Rencana pelaksanaan lokakarya di semester II tahun 2019	Melakukan koordinasi pelaksanaan lokakarya dengan mengundang institusi pasangan

Prosentase pemenuhan standar kompetensi tercapai 77%	Prosentase pemenuhan standar kompetensi tercapai melebihi target karena adanya pelatihan yang dilaksanakan untuk memenuhi standar kompetensi	Melakukan koordinasi untuk pelaksanaan kegiatan peningkatan kompetensi untuk capaian pemenuhan standar kompetensi yang lebih baik
Peningkatan kompetensi CI tercapai 0%	Rencana pelaksanaan peningkatan kompetensi CI di semester II tahun 2019	Melakukan koordinasi pelaksanaan peningkatan kompetensi CI dengan mengundang nara sumber luar
Pengembangan kerjasama penelitian tercapai 0%	Belum adanya kerjasama melakukan penelitian dengan institusi lain	Menuangkan butir kerjasama penelitian dengan institusi pendidikan dalam perjanjian kerjasama
Melakukan penelitian yang bersifat inovatif dan mengembangkan pelayanan tercapai 0%	Kurangnya minat pegawai untuk melakukan penelitian	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan sosialisasi adanya anggaran penelitian untuk menarik minat pegawai melakukan</li> <li>2. Melakukan kerjasama penelitian dengan peneliti dari luar</li> </ol>
Publikasi hasil penelitian	Belum ada penelitian yang hasil penelitiannya dapat dipublikasikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendorong minat pegawai untuk melakukan penelitian melalui sosialisasi anggaran penelitian</li> <li>2. Mengusulkan reward bagi pegawai yang penelitiannya dipublikasikan</li> <li>3. Melakukan kerjasama dengan institusi pendidikan</li> </ol>
Sistem IT yang terintegrasi antara Bagian Diklit dan Bagian SDM tercapai 0%	Rencana integrasi sistem IT di semester 2 karena padatnya pekerjaan terkait teknologi informasi dalam pemenuhan standar akreditasi	Mengusulkan integrasi sistem informasi yang ada di Bagian Diklit dan Bagian SDM

Prosentase Pegawai yang memenuhi standar Kompetensi :

1) Pendidikan

a. Medis: Tubel Medis semester tahun 2019: 8 orang

b. Keperawatan dan Non Medis:

Tubel Keperawatan tahun 2019 :

- S1 keperawatan : 10 orang
- S2 keperawatan : 2 orang
- S1 Kesling : 1 orang
- D4 okupasi terapi : 1 orang
- D4 Fisioterapi : 2 orang
- Program Pendidikan Profesi Keperawatan Jiwa : 1 orang

Ibel Keperawatan dan Non Medis :

- S1 Keperawatan : 54 orang
- Profesi Ners : 4 orang
- S1 Administrasi Publik : 5 orang
- S1 Hukum : 1 orang
- S2 Manajemen : 1 orang

Program RPL Keperawatan :

- D3 Keperawatan : 6 orang

Jumlah total pegawai keperawatan dan non medis yang diterima melanjutkan pendidikan tugas belajar dan ijin belajar: 96 orang.

2) Jumlah pegawai yang melaksanakan pelatihan sesuai standar kompetensi :

Pelatihan : 400 orang

Total pendidikan dan pelatihan : 538 orang + 96 orang = 634 orang

3) Realisasi :

Jumlah pegawai yang melaksanakan pendidikan dan pelatihan sesuai

$$\frac{\text{standa kompetensi}}{\text{Jumlah pegawai}} \times 100\%$$

$$\frac{634}{823} \times 100\% = 77\%$$

4) Analisa

Prosentase pegawai yang memenuhi standar kompetensi pada semester 1 tahun 2019 tercapai 77 % dari target 75% (RSB) karena adanya in house training untuk memenuhi persyaratan akreditasi RS.

### c. Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

#### 1). Kinerja Bagian Keuangan

Pencapaian Kinerja Bagian Keuangan meliputi di 3 Sub Bagian, yaitu Sub Bagian Perencanaan & Anggaran, Sub Bagian Perbendaharaan dan Akuntansi, serta Sub Mobilisasi Dana. Dalam mencapai sasaran yang dimaksud, digunakan beberapa indikator kinerja dan masing-masing diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalahnya, sebagai berikut:

#### ➤ Jumlah Dokumen Perencanaan Jangka Menengah Kinerja Rumah Sakit (Pelaksanaan Penyusunan RSB)

##### Kondisi yang dicapai:

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang merupakan dokumen perencanaan yang menjabarkan visi dan misi serta langkah-langkah strategis yang akan dilaksanakan oleh RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam kurun waktu 5 (lima) tahun.

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah bagian dari proses perencanaan jangka menengah, menggambarkan rangkaian program kerja strategis yang merupakan upaya konkrit utama yang akan dilakukan untuk mewujudkan sasaran strategis yang akan dilaksanakan oleh tiga Direktorat yaitu Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat SDM dan Pendidikan, dan Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum sebagai dasar penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) setiap tahunnya. Pendekatan perencanaan strategis dalam penyusunan RSB RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang menggunakan Pendekatan partisipasif, pendekatan top-down, pendekatan Butom-up dengan memperhatikan masukan dari stakeholder yaitu pelanggan internal dan eksternal, serta jajaran lintas sektor terkait.

Capaian Indikator Kinerja  
Jumlah Dokumen Perencanaan Jangka Menengah Kinerja Rumah Sakit

Indikator Kinerja	Tahun 2019		
	Target	Realisasi semester 1	Capaian
Jumlah Dokumen Perencanaan Jangka Menengah Kinerja Rumah Sakit	1 Pkt/periode	1 Pkt/ periode	100%

##### Permasalahan:

Penyusunan perencanaan jangka panjang (RSB) memerlukan waktu bertahap serta pemikiran dan konsenterasi khusus sehingga memerlukan waktu khusus, supaya tidak mengganggu pelayanan dan pekerjaan. Rencana Strategi Bisnis (RSB) 2015-

2019 dijadikan dasar dalam penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) setiap tahunnya sehingga memerlukan evaluasi penyesuaian program antara RSB dan RBA untuk implementasinya sesuai dengan kondisi rumah sakit.

**Usulan Pemecahan Masalah:**

- Untuk memperoleh hasil yang bisa menjawab tuntutan internal dan eksternal sesuai kebutuhan masyarakat, penyusunan RSB dilakukan dengan menggunakan workshop dengan melibatkan *stakeholder*.
- Diperlukan reviu Rencana Strategi Bisnis (RSB) setiap tahunnya untuk menyesuaikan dengan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) sesuai dengan kondisi rumah sakit.

➤ **Terwujudnya perencanaan yang terintegrasi**

**Kondisi yang dicapai:**

Perencanaan rumah sakit terintegrasi merupakan perencanaan tahunan rumah sakit terdiri dari penyusunan *E-Planning* / Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE), Rencana Bisnis Anggaran (RBA), Rencana Kerja Anggaran-Kementerian Lembaga (RKAKL), Rencana Umum Pengadaan (RUP) dan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) mengacu pada target program dan kegiatan yang telah ditetapkan dalam matrik RSB 2015-2019 dengan beberapa program inovasi/pengembangan sesuai dengan kekuatan organisasi dan peluang yang ada, serta tetap mengacu dan mendukung core business dalam bidang pelayanan kesehatan jiwa.

Capaian Indikator Kinerja Jumlah Dokumen Perencanaan Tahunan Kinerja Rumah Sakit Sesuai Pedoman yang Berlaku

Indikator Kinerja	Tahun 2019		
	Target	Realisasi Smt I	Capaian
Penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA)	1 pkt/th	1 pkt/th	100%
Penyusunan Perencanaan Berbasis Elektronik (PBE) / E Planning	1 pkt/th	1 pkt/th	100%
Penyusunan RKA-KL	1 pkt/th	1 pkt/th	100%
Penyusunan Rencana Umum	1 pkt/th	1 pkt/th	100%
Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan	1 pkt/th	1 pkt/th	100%

**Permasalahan:**

- Kegiatan perencanaan yang terintegrasi pada Semester I 2019 telah terealisasi semua tercapai 100%, akan tetapi dalam pelaksanaannya mengalami berbagai kendala terutama jadwal waktu penyusunan *E-Planning*/ PBE yang hampir bersamaan dengan penyusunan Rencana Bisnis Anggaran yang rata-rata

memerlukan koordinasi ulang dengan unit pengusul sehingga belanja modal yang direncanakan dalam E-Planning tidak konsisten.

- Dalam penyusunan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) kendala yang sering terjadi bahwa unit pengusul tidak melengkapi data dukung dalam usulannya, sehingga pada proses penyusunan Rencana Kerja Anggaran - Kementerian Lembaga, Rencana Umum Pengadaan dan Rencana Kerja Kegiatan, menjadi tidak lengkap dan akan menyulitkan PPK untuk melaksanakan kegiatan pengadaan.

**Usulan Pemecahan Masalah :**

Perlunya sosialisasi maupun pelatihan tentang penyusunan perencanaan dari tingkat yang paling bawah dan koordinasi intens sehingga mereka menjadi memahami bahwa perencanaan memerlukan data dukung lengkap untuk mempercepat proses pengadaan, realisasi tepat waktu sehingga pelayanan berjalan lancar.

➤ **Penyampaian monitoring dan evaluasi secara tepat waktu.**

Dalam mencapai sasaran yang dimaksud, digunakan beberapa indikator kinerja dan masing-masing diuraikan kondisi capaian, permasalahan dan usulan pemecahan masalahnya, sebagai berikut:

- Melaksanakan Revisi Anggaran
- Melaksanakan Monev DJA
- Melaksanakan Monev PP 39

**Kondisi yang dicapai:**

Pelaksanaan pengawasan anggaran dilakukan rekonsiliasi setiap bulan dengan memakai data Laporan Realisasi Anggaran Belanja bulan sebelumnya. Pengawasan ini dilakukan untuk mengontrol pagu anggaran dan waktu pelaksanaan kegiatannya sesuai dengan Rencana Umum Pengadaan sebagai dasar untuk melakukan percepatan pelaksanaan kegiatan serta revisi anggaran jika diperlukan.

Monitoring dan Evaluasi (Monev) dilakukan untuk mengetahui perencanaan dan penganggaran melalui pelaksanaan perencanaan dan penganggaran berbasis pada informasi kinerja untuk menjadi masukan bagi proses perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja. Evaluasi Kinerja dilakukan dalam rangka pelaksanaan fungsi akuntabilitas dan fungsi peningkatan kualitas. Fungsi akuntabilitas sebagaimana dimaksud bertujuan untuk membuktikan dan mempertanggungjawabkan secara profesional kepada masyarakat atas penggunaan anggaran yang dikelola Kementerian/ Lembaga bersangkutan bagi kepentingan masyarakat.

Capaian Indikator Kinerja Penyampaian Monitoring dan Evaluasi (Monev) secara tepat waktu

Indikator Kinerja	Tahun 2019		
	Target	Realisasi SMT I	Capaian
Melaksanakan Revisi Anggaran	4 Pkt/periode	1 Pkt/ periode	25%
Melaksanakan Monev DJA	12 (per-bulan)	6 (per-bulan)	50%
Melaksanakan Monev PP 39	4 (per- tribula)	2 (per- tribula)	50%

**Permasalahan:**

Revisi anggaran pada semester 1 tahun 2019 tercapai satu (25%) dari empat target yang direncanakan yaitu revisi untuk pencatuman saldo awal, hal ini menunjukkan revisi anggaran semakin baik dalam perencanaan serta revisi POA dapat dilakukan di satker masing-masing .

**Usulan Pemecahan Masalah :**

- Memperbaiki perencanaan secara terus menerus serta dilakukan rekonsiliasi untuk pengawasan penggunaan anggaran sehingga dapat mempercepat penyerapan anggaran.
- Menyampaikan monev sebelum batas waktu yang ditentukan : monev DJA sebelum tanggal 10 setiap bulan. Monev PP 39 (tribulan) batas akhir tanggal 20 bulan berikutnya.

## Laporan Rekapitulasi Pelaksanaan Anggaran DIPA Tahun 2019 (Realisasi semester 1)

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - II	REALISASI	%	SALDO
1	2	3	4	5	6
RM					
024.04.07	Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan				
2094	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan				
2094.506	Gedung Layanan	6.694.738.000	-	0,00%	6.694.738.000
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	6.694.738.000	-	0,00%	6.694.738.000
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	6.694.738.000	-	0,00%	6.694.738.000
2094.994	Layanan Perkantoran	64.543.426.000	27.846.806.513	43,14%	36.696.619.487
001	Gaji dan Tunjangan	46.906.601.000	23.499.231.212	50,10%	23.407.369.788
A	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	46.906.601.000	23.499.231.212	50,10%	23.407.369.788
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	31.747.937.000	16.610.221.680	52,32%	15.137.715.320
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	530.000	285.412	53,85%	244.588
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.253.466.000	1.165.984.948	51,74%	1.087.481.052
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	542.134.000	322.472.166	59,48%	219.661.834
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	153.265.000	115.245.000	75,19%	38.020.000
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.087.489.000	1.701.777.000	55,12%	1.385.712.000
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	298.073.000	49.188.426	16,50%	248.884.574
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.727.607.000	778.442.580	45,06%	949.164.420
511129	Belanja Uang Makan PNS	6.224.484.000	2.395.650.000	38,49%	3.828.834.000
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	69.000.000	34.500.000	50,00%	34.500.000
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	511.736.000	194.315.000	37,97%	317.421.000
512211	Belanja uang lembur	290.880.000	131.149.000	45,09%	159.731.000
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	17.636.825.000	4.347.575.301	24,65%	13.289.249.699
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	4.637.533.000	1.688.016.053	36,40%	2.949.516.947
521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1.620.042.000	639.259.210	39,46%	980.782.790
521114	Belanja pengiriman surat dinas pos pusat	28.000.000	7.776.800	27,77%	20.223.200
521115	Honor Operasional Satuan Kerja	484.590.000	123.591.000	25,50%	360.999.000
521832	Belanja Barang Persediaan Lainnya	1.427.166.000	315.977.500	22,14%	1.111.188.500
521219	Belanja Barang Non Operasional Lainnya	424.477.000	-	0,00%	424.477.000
521811	Belanja Barang Untuk Persediaan Barang Konsumsi	3.685.472.000	237.216.130	6,44%	3.448.255.870
522111	Belanja Langganan Listrik	1.030.004.000	554.390.628	53,82%	475.613.372
522112	Belanja Langganan Telepon	70.900.000	21.880.734	30,86%	49.019.266
522113	Belanja Langganan Air	43.000.000	17.900.400	41,63%	25.099.600
522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	233.360.000	99.635.248	42,70%	133.724.752
523111	Belanja Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	2.139.868.000	326.398.995	15,25%	1.813.469.005
523121	Belanja Biaya Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	873.560.000	133.563.570	15,29%	739.996.430
523133	Belanja Biaya Pemeliharaan Jaringan	512.741.000	-	0,00%	512.741.000
523123	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	189.635.000	57.237.602	30,18%	132.397.398
523191	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Lainnya	236.477.000	124.731.431	52,75%	111.745.569
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	9.725.305.000	2.199.120.721	22,61%	7.526.184.279
005	Pengadaan Obat-Obatan dan Bahan Medik Habis Pakai	9.725.305.000	2.199.120.721	22,61%	7.526.184.279
521832	Belanja Barang Operasional	9.725.305.000	2.199.120.721	22,61%	7.526.184.279
521832-Frm	Belanja Barang Operasional	9.725.305.000	2.199.120.721	22,61%	7.526.184.279
	<b>Jumlah</b>	<b>80.963.469.000</b>	<b>30.045.927.234</b>	<b>37,11%</b>	<b>50.917.541.766</b>

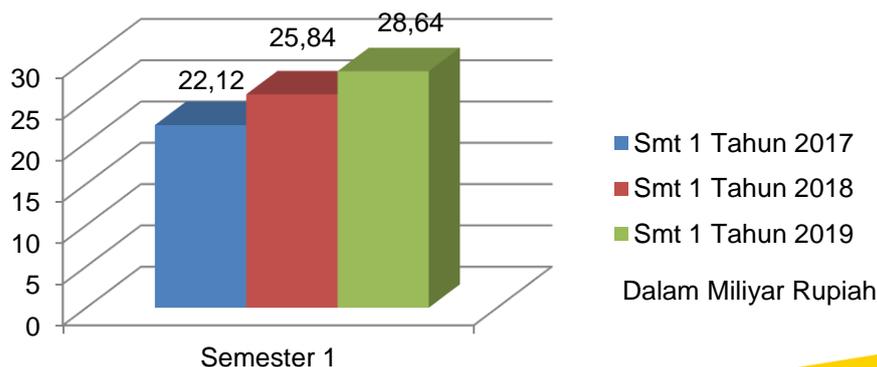
KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - II	REALISASI	%	SALDO
1	2	3	3	3	3
BLU					
2094.508	Alat Kesehatan	1.359.813.000	71.193.900	5,24%	1.288.619.100
051	Pengadaan Alat Kesehatan	1.359.813.000	71.193.900	5,24%	1.288.619.100
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.359.813.000	71.193.900	5,24%	1.288.619.100
537112-508	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.359.813.000	71.193.900	5,24%	1.288.619.100
2094.970	Layanan Dukungan Manajemen Satker	420.060.000	132.794.864	31,61%	287.265.136
051	Penyusunan Rencana Program dan Penyusunan Rencana Anggaran	152.620.000	1.291.000	0,85%	151.329.000
525115	Beban Perjalanan	152.620.000	1.291.000	0,85%	151.329.000
525115-051	Beban Perjalanan	152.620.000	1.291.000	0,85%	151.329.000
053	Pengelolaan Keuangan dan Perbendaharaan	141.380.000	71.781.907	50,77%	69.598.093
525115	Beban Perjalanan	141.380.000	71.781.907	50,77%	69.598.093
525115-053	Beban Perjalanan	141.380.000	71.781.907	50,77%	69.598.093
054	Pengelolaan Kepegawaian	108.570.000	59.721.957	55,01%	48.848.043
525115	Beban Perjalanan	108.570.000	59.721.957	55,01%	48.848.043
525115-054	Beban Perjalanan	108.570.000	59.721.957	55,01%	48.848.043
055	Pelayanan Umum, Pelayanan Rumah Tangga dan Perlengkapan	17.490.000	-	0,00%	17.490.000
525115	Beban Perjalanan	17.490.000	-	0,00%	17.490.000
525115-055	Beban Perjalanan	17.490.000	-	0,00%	17.490.000
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	62.574.261.000	19.410.148.334	31,02%	43.164.112.666
051	Pembayaran Remunerasi	34.761.796.000	10.155.592.481	29,21%	24.606.203.519
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	34.761.796.000	10.155.592.481	29,21%	24.606.203.519
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	27.812.465.000	9.254.555.853	33,27%	18.557.909.147
525113	Beban Jasa	5.619.095.000	3.328.302.694	59,23%	2.290.792.306
525114	Beban Pemeliharaan	2.791.267.000	449.025.490	16,09%	2.342.241.510
525119	Beban Penyedia Barang dan Jasa BLU Lainnya	8.758.507.000	2.544.798.731	29,06%	6.213.708.269
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	10.643.596.000	2.932.428.938	27,55%	7.711.167.062
525129	Pengadaan Obat	-	-	-	-
2094.506	Gedung Layanan	3.233.149.000	77.178.173	2,39%	3.155.970.827
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	3.233.149.000	77.178.173	2,39%	3.155.970.827
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	3.033.149.000	77.178.173	2,54%	2.955.970.827
537115	Belanja Modal Fisik Lainnya	200.000.000	-	0,00%	200.000.000
2094.951	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	573.103.000	183.829.400	32,08%	389.273.600
053	Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	573.103.000	183.829.400	32,08%	389.273.600
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	573.103.000	183.829.400	32,08%	389.273.600
537112-951	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	573.103.000	183.829.400	32,08%	389.273.600
	<b>Jumlah</b>	<b>68.160.386.000</b>	<b>19.875.144.671</b>	<b>29,16%</b>	<b>48.285.241.329</b>

Penerimaan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat semester 1 tahun 2017, semester 1 tahun 2018 dan semester 1 tahun 2019 adalah sebagai berikut :

No	Uraian	Semester 1 Tahun 2017	Semester 1 Tahun 2018	Semester 1 Tahun 2019
1	BPJS Kesehatan			
	a.Rajal	5.528.470.050	5.256.844.438	7.262.835.992
	b.Ranap	9.236.547.809	11.878.038.090	10.666.217.900
2	Jamkesda			
	a.Rajal	4.698.400	21.283.700	11.428.500
	b.Ranap	2.146.116.432	2.121.132.400	3.067.817.500
3	IPWL/BNN	152.899.580	0	567.646.381
4	Umum/Bayar Tunai			
	a.Rajal	308.982.200	306.984.000	404.944.500
	b.Ranap	1.093.661.114	1.104.305.061	973.300.969
5	IGD	61.222.700	63.970.500	74.821.900
6	Penunjang	755.796.044	658.573.356	738.591.850
7	Diklat	1.995.618.080	3.020.543.640	3.274.586.000
8	Sewa-sewa/Lainnya	838.029.137	1.416.386.192	1.601.593.468
	<b>TOTAL</b>	<b>22.122.041.546</b>	<b>25.848.061.377</b>	<b>28.643.784.960</b>

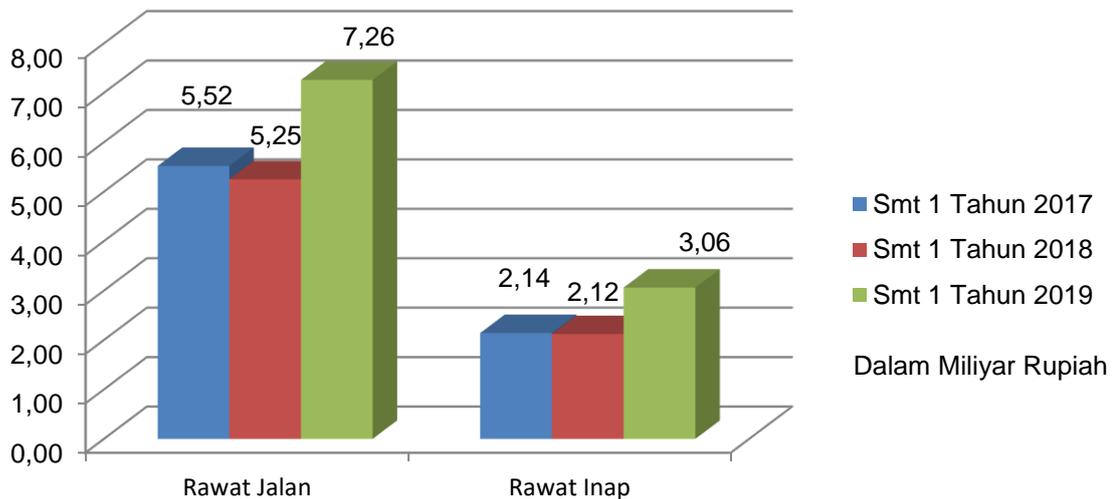
Realisasi penerimaan semester I Tahun 2019 sebesar Rp.28.643.784.960 atau naik sebesar 10,82% dari semester I Tahun 2018. Penerimaan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat terdiri dari penerimaan layanan kesehatan, penerimaan pendidikan dan pelatihan juga penerimaan sewa lahan dan jasa lainnya. Realisasi penerimaan Semester I Tahun 2019 tercapai 42,02% dari target tahun ini yaitu sebesar Rp.68.160.386.000. seperti tergambar pada grafik berikut :

**Grafik Perbandingan Pendapatan Semester I Tahun 2017-2019**



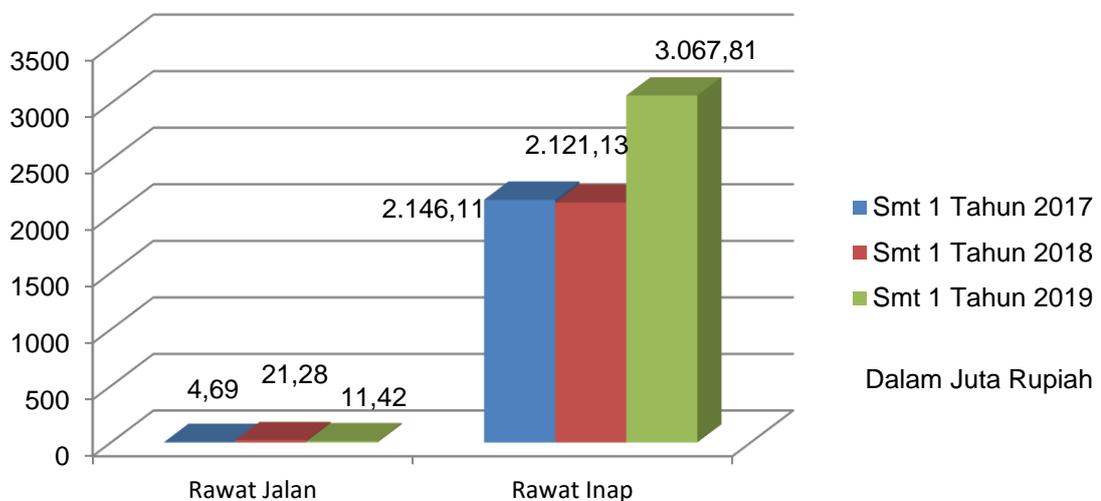
Penerimaan yang bersumber dari BPJS meningkat sebesar 4,63% dari semester I tahun 2019, sebagaimana tergambar pada grafik berikut :

**Grafik Perbandingan Pendapatan dari BPJS Semester I Tahun 2017-2019**



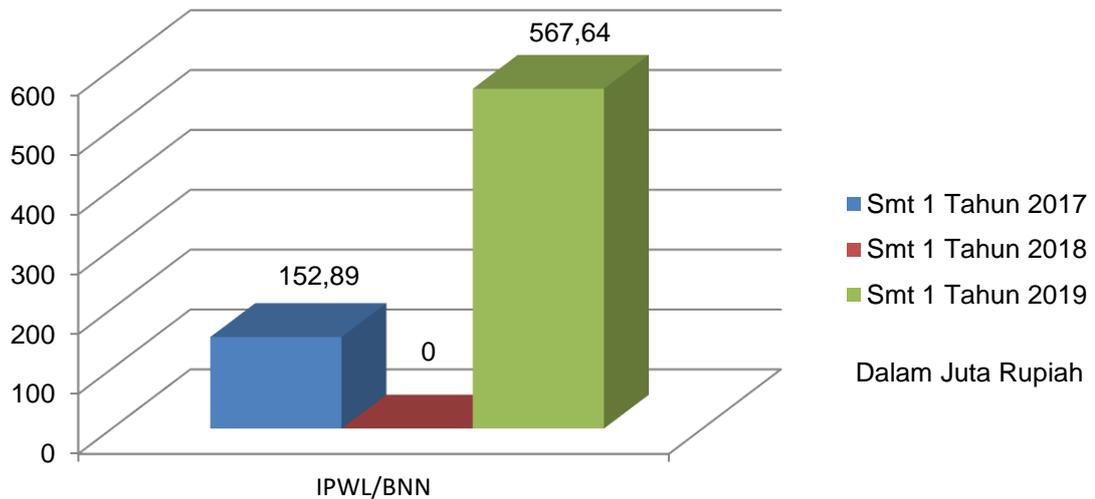
Penerimaan Jamkesda meningkat 43,73% disebabkan pengembangan jejaring layanan selain dengan Dinas Kesehatan, dengan Liponsos, tenaga sosial (TKSK) Kab/Kota sebagaimana tergambar pada grafik berikut :

**Grafik Perbandingan Pendapatan dari Jamkesda Semester I Tahun 2017-2019**



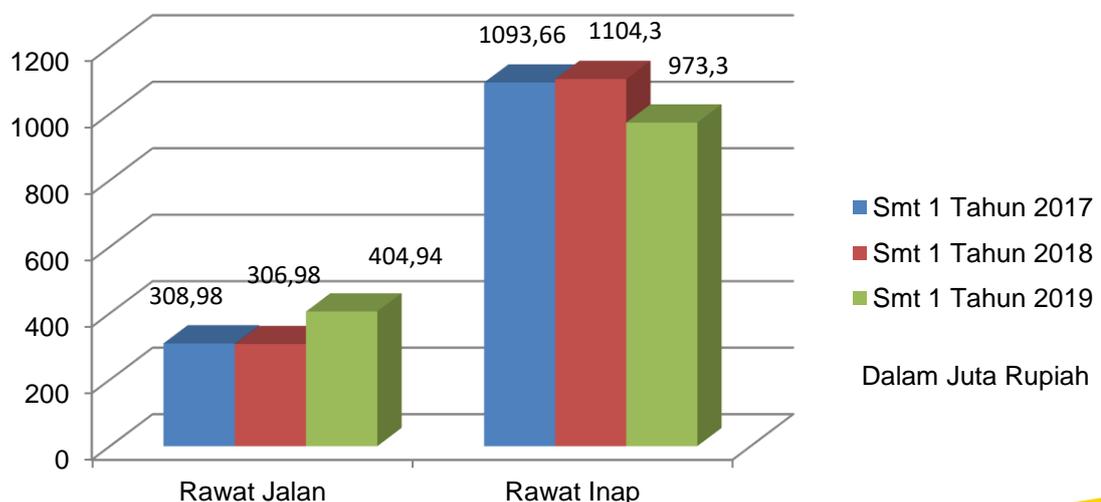
Penerimaan IPWL terealisasi sebesar Rp. 567.646.381,- yang merupakan pembayaran klaim IPWL bulan Januari-April tahun 2019. Semester I Tahun 2018 belum ada penerimaan dari klaim IPWL karena pada saat itu tersebut masih dalam proses verifikasi, tergambar pada grafik berikut :

**Grafik Perbandingan Pendapatan dari IPWL/BNN Semester I Tahun 2017-2019**



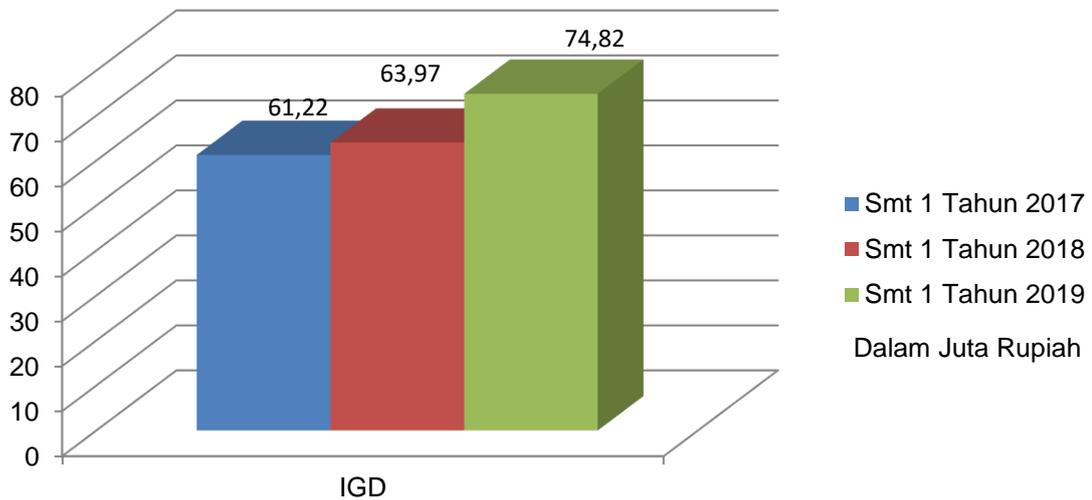
Penerimaan Rawat Jalan Non Penjamin pada semester 1 tahun 2019 meningkat sebesar 31,91%, hal ini terjadi karena terjadi peningkatan jumlah kunjungan layanan MCU, *Day Care Geriatri*, peningkatan layanan forensik dan psikologi dari periode yang sama tahun 2018. Penerimaan Rawat Inap Non Penjamin turun 11,86% disebabkan karena penurunan jumlah pasien rawat inap non penjamin, sebagaimana tergambar grafik berikut:

**Grafik Perbandingan Pendapatan Pembayaran Tunai Semester I Tahun 2017-2019**



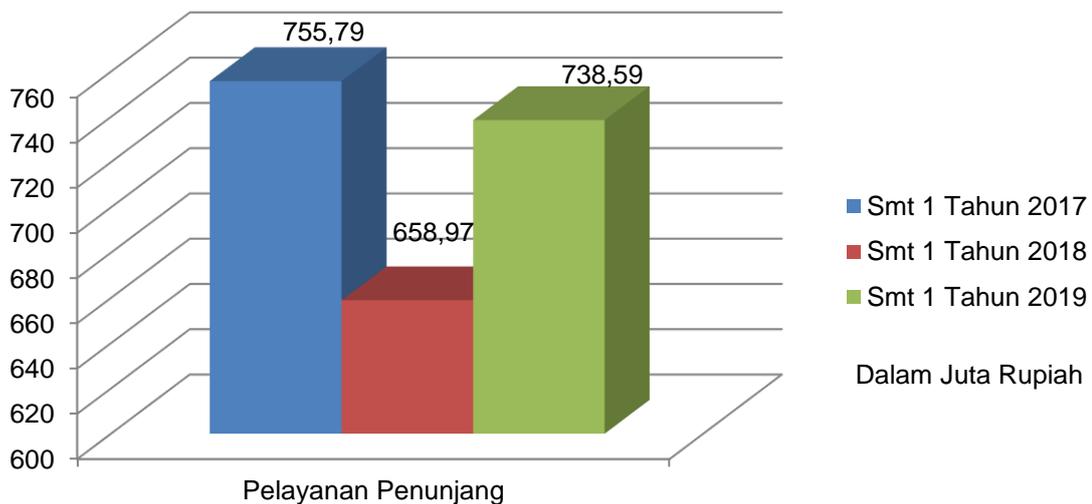
Sedangkan Penerimaan untuk IGD pada semester 1 meningkat 16,96% dari tahun sebelumnya, peningkatan ini sejalan dengan pertumbuhan jumlah kunjungan di IGD pada semester 1 tahun 2019, perbandingan peningkatan.

**Grafik Perbandingan Pendapatan IGD Semester I Tahun 2017-2019**



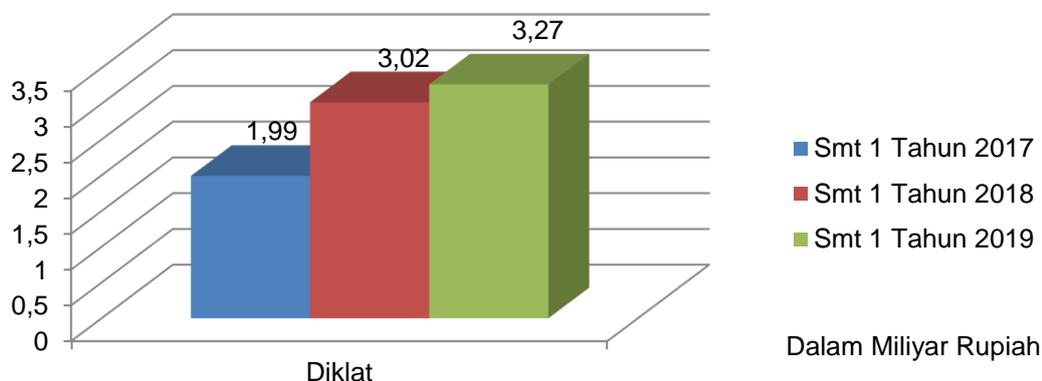
Penerimaan layanan penunjang meningkat 12,15% terjadi karena peningkatan jumlah kunjungan di Laboratorium, Radiologi, sebagaimana tergambar pada grafik berikut :

**Grafik Perbandingan Pendapatan Penunjang Semester I Tahun 2017-2019**



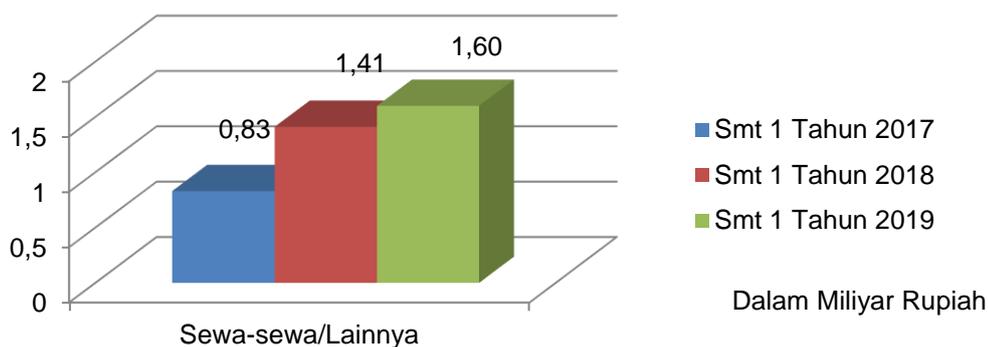
Sedangkan untuk penerimaan dari layanan Diklat pada semester 1 tahun 2019 meningkat sebesar 8,41% dari tahun 2018 karena peningkatan jumlah praktikan, seperti tergambar pada grafik berikut :

**Grafik Perbandingan Pendapatan Diklat  
Semester I Tahun 2017-2019**



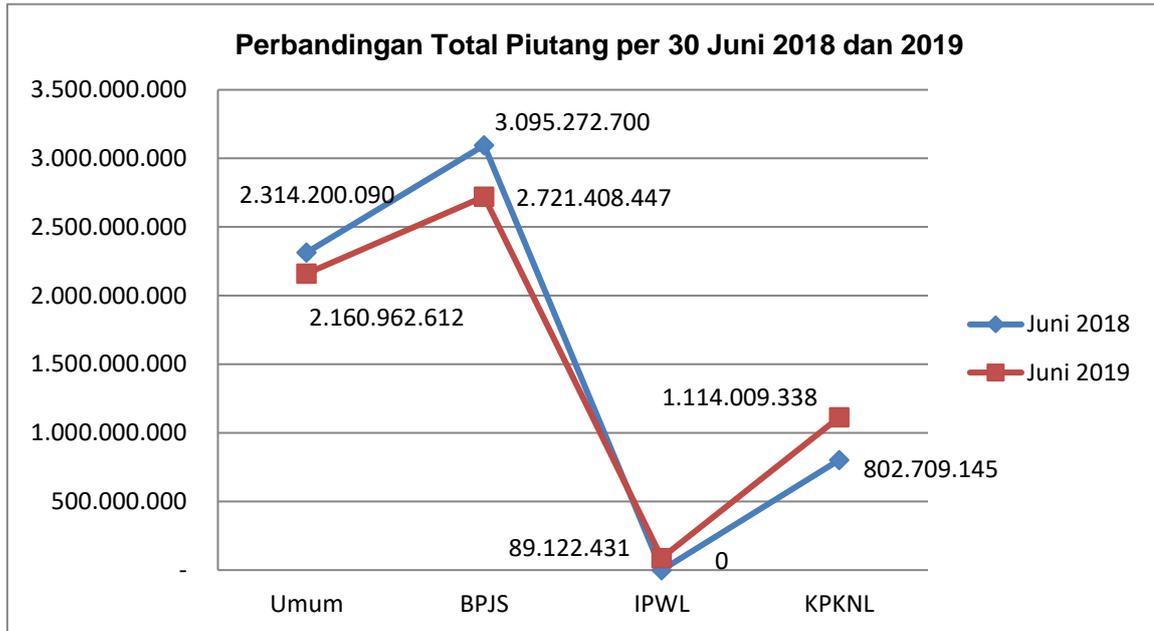
Untuk penerimaan dari sewa-sewa/lainnya pada semester 1 tahun 2019 meningkat dari tahun 2018, seperti tergambar pada grafik berikut :

**Grafik Perbandingan Pendapatan Sewa-sewa/Lainnya  
Semester I Tahun 2017-2019**



### Pengelolaan Piutang Semester 1 tahun 2019

Keterangan	Juni 2018	Juni 2019	% Kenaikan /Penurunan
Umum	2.314.200.090	2.160.962.612	-6,62%
BPJS	3.095.272.700	2.721.408.447	-12,08%
IPWL	-	89.122.431	-
KPKNL	802.709.145	1.114.009.338	38,78%
<b>Total</b>	<b>6.212.181.935</b>	<b>6.085.502.828</b>	<b>-2,04%</b>



Penyebab masih tingginya piutang

1. Masih ada Pasien yang Pulang yang belum melunasi biaya perawatan sehingga harus membuat Surat Pernyataan Kesanggupan Pembayaran
2. Adanya kemudahan tersebut seringkali dimanfaatkan keluarga untuk menjemput pasien tanpa melakukan pembayaran
3. Pasien yang tidak pernah di kunjungi oleh keluarga dan memiliki tunggakan biaya perawatan yang tinggi dilakukan dropping/pemulangan kolektif jumlah piutang yang tinggi

Upaya yang telah dilakukan untuk menekan kenaikan Piutang:

1. Mewajibkan untuk membuat Surat Pernyataan Hutang dan Fotokopi KTP serta nomor yang bisa di hubungi
2. Melakukan Penagihan via telepon saat Surat Pernyataan sudah Jatuh Tempo
3. Melakukan Penagihan dari Tagihan 1 sampai 3 pengiriman melalui pos
4. Membuat Laporan Mingguan per Ruang untuk menginformasikan kepada keluarga pasien saat berkunjung.
5. Menjalankan Aplikasi untuk mendeteksi pasien saat melakukan kontrol ke RS
6. Memberikan informasi tentang kemudahan pembayaran via transfer Bank
7. Upaya penyerahan pengurusan piutang macet kepada KPKNL.

## 2). Kinerja Bagian Administrasi Umum

Pencapaian Kinerja Bagian Administrasi umum meliputi di 3 Sub Bagian, yaitu Sub Bagian Tata Usaha dan Pelaporan, Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan, serta Sub Bagian Hukum Organisasi dan Hubungan Masyarakat.

### a. Sub Bagian Tata Usaha dan Pelaporan

Pencapaian kinerja di Sub Bagian Tata Usaha dan Pelaporan semester 1 tahun 2019 sebagai berikut :

Program Kerja tahun 2019	Kegiatan	Sub Kegiatan	Target 2019	Realisasi semester 1 tahun 2019	Capaian
Jumlah Pendokumentasian Surat Masuk	Penatalaksanaan persuratan	Pendokumentasian Surat Masuk	4350	2.250	51%
Jumlah Pendokumentasian Surat Keluar		Pendokumentasian Surat Keluar	4330	5.859	135 %
Jumlah Pengiriman Surat ke Kantor Pos Lawang		Pengiriman Surat ke Kantor Pos Lawang	1000	459	45,9%
Jumlah Surat yang Tidak Dikembalikan	Pengelolaan Arsip	Surat yang tidak dikembalikan	100%	99,8%	0.2%
Jumlah Penggandaan Dokumen / Fotokopi	Pengelolaan Berkas Dokumen	Penggandaan dokumen foto copy	134.500	59.000	43%
Jumlah Penggandaan Dokumen (Kertas HVS)		Penggandaan dokumen HVS	505.000	208.000	41%
Jumlah Penggandaan Dokumen (Kertas BC)		Penggandaan dokumen kertas BC	21.000	665	3,1%
Jumlah Penjilidan		Kegiatan Penjilidan	27.000	3.059	11,3%
Jumlah Laminating		Kegiatan laminating	1880	1.220	64,8%
Jumlah Pelaporan RS	Kegiatan pendukung pelaporan RS	Membuat pelaporan RS	16	6	37%
		Kegiatan Pengelolaan rapat-rapat internal	12	24	200%

Adapun rata-rata pencapaian kinerja Sub Bagian Tata Usaha dan Pelaporan semester 1 tahun 2019 adalah 52% dengan analisa pencapaian sebagai berikut :

No	Capaian Kinerja Kegiatan	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
1.	Pendokumentasian Surat Masuk Tercapai 51%	Hal ini disebabkan : 1. Banyaknya Jejaring kerjasama dengan RSJ Lawang sehingga	1. Membuat <i>Software</i> surat masuk yang terintegrasi

		<p>banyak persuratan perihal penelitian dan juga pelatihan yang masuk ke unit Tata Usaha dan Pelaporan</p> <p>2. Dalam penatalaksanaan surat, penggunaan EFS berjalan stagnasi dalam transisi dan masih belum bisa diterapkan online dengan maksimal. Sejak bulan April aplikasi persuratan tersebut mengalami maintenance hingga sampai sekarang masih belum bisa digunakan kembali. Dikarenakan masih manual sehingga efisiensi penggunaan kertas dan mesin foto copy menjadi kurang maksimal</p>	<p>dengan bagian lain sehingga mendukung adanya efisiensi penggunaan kertas dan juga mesin fotocopy.</p> <p>2. Memberikan sosialisasi kepada karyawan dan unit kerja lain untuk efisiensi penggunaan kertas sehingga bersinergi mendukung RS yang ramah lingkungan</p>
2.	Pendokumentasian Surat Keluar Tercapai 135%	<p>Hal ini disebabkan oleh :</p> <p>1. Peningkatan jumlah permintaan surat kepada RSJ Lawang seperti permintaan SKD oleh CPNS, Kepala Desa serta pegawai P3K</p> <p>2. Adanya kegiatan Akreditasi RS menjadi Akreditasi Internasional juga berbanding lurus dengan banyaknya permintaan pendokumentasian Surat Keluar.</p>	<p>Penataan ulang kembali penomoran surat agar di kemudian hari tidak ada lagi penyisipan nomor surat. Sehingga menjadi lebih tertib beradministrasi</p>
3.	Pengiriman Surat ke Kantor Pos Lawang Tercapai 45,9%	<p>Hal ini disebabkan oleh :</p> <p>1. Permintaan Pengiriman surat dari Unit terkait harus terdokumentasi atau terregistrasi pengiriman, sehingga pengiriman mampu di telusur sudah sampai atau akan diterima oleh penerima siapa. Sehingga hal ini mengakibatkan kenaikan anggaran biaya untuk pengiriman surat melalui kantor pos menjadi naik.</p> <p>2. Kenaikan biaya pengiriman oleh kantorpos pada tahun 2019 ini sejak bulan Januari adalah 200%. Sehingga tidak sesuai dengan anggaran yang telah direncanakan.</p> <p>3. Pengiriman melalui kantor pos lebih banyak pengiriman</p>	<p>RTL:</p> <p>1. Membuat rencana anggaran yang lebih sesuai. Dengan memprediksi adanya kenaikan tarif dari pihak kantor pos.</p> <p>2. Membuat kerja sama pengiriman surat dengan pihak lain yang lebih rendah biayanya</p> <p>3. Memberikan Sosialisasi agar pengiriman surat tidak mendadak sehingga tidak menggunakan pengiriman express</p>

		express dari pada pengiriman biasa.	
4	Surat yang tidak dikembalikan Tercapai :99,8%	Hal ini disebabkan oleh : 1. Adanya kesalahan penulisan alamat penerima 2. Adanya kepindahan penerima ke alamat baru dan tidak di Informasikan 3. Pengembalian surat terjadi pada surat usul pasien pulang atau pemberitahuan pasien untuk dijemput pulang	RTL: Lebih teliti dan mengkoscek kembali alamat surat pengiriman
5	Pengelolaan Berkas Dokumen antara lain :  Penggandaan dokumen foto copy Tercapai : 43%  Penggandaan dokumen HVS Tercapai : 41%  Penggandaan dokumen kertas BC Tercapai : 31%  Kegiatan Penjilidan Tercapai : 11,3%	Hal ini disebabkan oleh : 1. Penggadaan dokumen fotocopy mengalami penurunan setiap tahun nya dikarenakan penggunaan penyebaran Edaran, Surat tugas, dan Pemberitahuan menggunakan EFS. Atau teknologi WA dan email. 2. Adanya penurunan penggunaan foto copy adalah bentuk dukungan unit Tata Usaha untuk mendukung RS menjadi RS yang ramah lingkungan.	RTL : Memaksimalkan kembali teknologi yang ada agar mengurangi penggunaan kertas dan Effisiensi sumber daya yang ada untuk mendukung RS yang ramah lingkungan
6	Kegiatan Laminating Tercapai : 64,8%	Hal ini disebabkan: 1. Adanya agenda Akreditasi Rumah sakit yang membutuhkan laminating untuk dokumen atau peraturan yang ada di unit kerja. 2. Kegiatan Penjilidan buku sekarang menggunakan sampul plastic yang harus dilaminating agar buku-buku pansuan menjadi lebih awet dari sebelumnya.	
7	Membuat pelaporan RS Tercapai 31%	Adanya perubahan bentuk dan frekuensi pelaporan, dimana pelaporan RS yang biasanya setiap bulanan dan Triwulan dilaksanakan menjadi semester	RTL: Membuat jadwal pelaporan secara terstruktur, sehingga pembuatan laporan tepat waktu.
8	Kegiatan Pengelolaan rapat - rapat internal Tercapai 200%	Kegiatan rapat Internal dijadwalakan rutin pada setiap hari Selasa dan dilaksanakan minimal 3x pada setiap bulan nya.	

### b. Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan

Pencapaian kinerja di Sub Bagian RT dan Perlengkapan semester 1 tahun 2019 adalah sebagai berikut :

Kegiatan RT dan Perlengkapan	Tahun 2019		
	Target	Realisasi semester 1 tahun 2019	Capaian
Kegiatan Rekonsiliasi Pengelolaan Aset (oleh wilayah dan pusat)	17 keg/thn	7 keg/thn	41%
Pengelolaan BMN secara cermat dan tepat waktu (semester dan tahunan)	3 lap/thn	1 lap/thn	33%
Komputerisasi laporan Logistik (bulanan, semester, tahunan)	14 lap/thn	7 lap/thn	50%
Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Alat Tulis Kantor	774 lap/thn	232 lap/thn	30%
Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Alat Rumah Tangga	1920 lap/thn	922 lap/thn	48%
Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Perlengkapan Ruangan (tekstil)	700 lap/thn	346 lap/thn	49%
Kegiatan Pelayanan Distribusi Bahan Makanan	2.959 lap/thn	1.332 lap/thn	45%
Pelayanan Distribusi Gula dan Kopi	750 lap/thn	375 lap/thn	51%
Pelayanan distribusi BAMA Mahasiswa	160 Lap/thn	90 Lap/thn	56%
Kegiatan Pelayanan Permintaan Kendaraan Dinas	899 lap/thn	450 lap/thn	50 %
Kegiatan Penataan Aset	90 keg/thn	41 keg/thn	46%
Kegiatan Pemintaan Pemindahan User/Pindah Ruang	25 keg/thn	13 keg/thn	52%
Satuan Pengamanan	12	6	50%

Capaian kinerja Sub Bagian RT dan Perlengkapan Semester I Tahun 2019 rata-rata 46% dengan analisa pada tabel berikut :

No	Capaian Kinerja Kegiatan	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
1	Kegiatan Rekonsiliasi Pengelolaan Aset (oleh wilayah dan pusat) Laporan BMN secara cermat	Pelaksanaan rekonsiliasi BMN semester I dilaksanakan setiap Bulan Juli dan sudah dilaporkan	Mengikuti jadwal yang telah ditetapkan baik oleh daerah, wilayah maupun pusat dan saling komunikasi serta koordinasi
2	Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Alat Tulis Kantor	Pengadaan Barang ATK proses pengiriman pada Bulan Juli 2019 walaupun ada kekurangan sedikit kebutuhan ATK bisa teratasi	Koordinasi dilakukan dengan berkesinambungan unit kerja dan mempercepat proses pengadaa Barang dan Jasa, membutuhkan urgent dengan Pengadaan Langsung

3	Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Perlengkapan Ruangan (tekstil)	Kebutuhan tekstil di gudang menurun disesuaikan dengan jumlah penderita dan untuk pengadaan barang masih dalam proses.	Koordinasi dilakukan dengan berkesinambungan unit kerja. Dilakukan sentrelaisasi Linen di Instalasi Binatu sebagai anak gudang .
4	Kegiatan Pelayanan Permintaan Kendaraan Dinas	Terjadinya peningkatan volume kegiatan transportasi dipelayanan maupun diperkantoran dengan memaksimalkan driver yang ada.	Peningkatan Sumber daya manusia baik secara kualitas maupun kuantitas, usulan driver sebagai tenaga Harian Lepas menjadi Tenaga Kontrak.
5	Kegiatan Penataan Aset	Penataan aset dilakukan secara kontinew, pemanaafatan aset terutama tanah yang luas masih dilakukan penjajagan. Melibatkan LMAN sebagai satker keuangan berkaitan birokrasi, yankes dan Investor dalam rencana pemanaafatan aset tanah. Telaga dan Taman Edukasi dikelola oleh desa Sentul dengan MOU biaya <i>fixed</i> . Dan melakukan kegiatan update barang afkir untuk pemusnahan	Menunggu PSP dari pusat dan ijin pemusnahan BMN, untuk penghapusan persediaan obat – obatan sudah mendapatkan ijin yankes, tinggal eksekusinya saja.

### c. Sub Bagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat.

Capaian Kinerja Sub Bagian Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat Semester 1 tahun 2019 sebagai berikut:

Program Kerja Tahun 2019	Kegiatan	Sub Kegiatan	Satuan	Target 2019	Realisasi Semester 1	% Capaian
Implementasi dan Evaluasi Kepuasan Pasien dan Masyarakat	Terlaksananya kegiatan survei kepuasan pasien dan masyarakat	1. Menyiapkan form survei; 2. Pelaksanaan survei; 3. Evaluasi survei	Indeks nilai IKM	80	84,30	105,38%
Implementasi dan Evaluasi Survei Komplain yang Ditindaklanjuti	Terlaksananya penanganan komplain	1. Penanganan komplain; 2. Pelaporan komplain	Prosentase	100%	100%	100%
Kerjasama Dengan Jejaring Pelayanan	Pembuatan MoU	1. Merealisasikan MoU Pelayanan/KSM	Jumlah	20	19	95%
		2. Merealisasikan MoU Pengelolaan/KSO	Jumlah	13	2	15,38%
		3. Merealisasikan MoU Pendidikan	Jumlah	46	24	52,17%
Pelaksanaan	Keprotokoleran	1. Upacara	Kegiatan	12	8	66,66%

Program Unit Kerja Sub Bagian Hukormas		2. Apel	Kegiatan	49	23	46,93%
		3. Penerimaan Tamu Pejabat	Kegiatan	16	9	56,25%
		4. Dokumentasi	Kegiatan	50	45	90%
	Informasi	1. Penerimaan telepon masuk	Kegiatan	4938	2922	59,17%
		2. Penyambungan telepon keluar	Kegiatan	7484	5946	79,45%
		3. Informasi melalui media internal a. Banner b. Tingtong	Kegiatan	30 230	29 158	97% 69%
		4. Informasi melalui media massa: a. internal b. eksternal	Kegiatan	78 61	39 71	50% 116,39%
		5. Layanan informasi melalui: a. telepon b. sosial media (email, WA) c. kotak saran d. Permintaan Publikasi / Papan Informasi	Kegiatan	1601 415 251 24	956 368 139 12	59,71% 89% 55,38% 50%
	Duty Manajer	Pelaksanaan kegiatan Duty Manajer	Kegiatan	480	77	16 %
	Pembuatan SK	Merealisasikan SK direktur Utama berdasarkan disposisi	Kegiatan	62	34	54,83%
	Jadwal Shift	Pelaksanaan Jadwal Shift	Kegiatan	Terlaksana		100%
<b>Jumlah rata – rata capaian</b>						<b>71,42%</b>

Dari tabel di atas diperoleh capaian kinerja di subbagian Hukormas pada tahun 2019 semester 1 dengan jumlah rata – rata 71,42%. Adapun analisa dan rencana tindak lanjut sebagai berikut:

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
1	Terlaksananya kegiatan survei kepuasan pasien dan masyarakat nilai IKM tercapai 84,30 kategori sangat baik	Indikator kinerja utama dan program kerja strategis, matriks IKU dan Perjanjian kinerja tahun 2019 pada sasaran strategis perspektif stakeholder terwujudnya kepuasan stakeholder pada IKU indikator kinerja tingkat kepuasan pasien dan masyarakat target 80%, tercapai 84,30 nilai IKM dengan kategori sangat baik, walau dari hasil hitungan dalam semester 1, masih belum secara keseluruhan pelayanan secara rutin melaksanakannya dari 29	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil survei kepuasan pelanggan di laporkan ke direktur utama, jajaran direksi dan seluruh unit kerja terkait</li> <li>2. Hasil survei disampaikan pada acara tinjauan manajemen ISO 9001:2015 rencananya pada bulan Juli / Agustus 2019</li> <li>3. Hasil survei di Feedback ke unit kerja atau bisa akses melalui turbonas</li> </ol>

		<p>ruang rawat inap jika di rata – rata terdapat 18 ruangan/62% yang dalam melaksanakannya masih bervariasi. Dan perlu ditingkatkan pada hampir semua unsur pelayanan.</p>	
2	<p>Terlaksananya penanganan komplain (100%)</p>	<p>Indikator kinerja utama dan program kerja strategis, matriks IKU di sasaran strategis, perspektif stakeholder terwujudnya kepuasan stakeholder pada IKU prosentase komplain yang ditindaklanjuti target 100%, tercapai.</p> <p>Pengelolaan penanganan komplain pada semester I sejumlah 38 komplain dari berbagai unit kerja pada : rawat jalan, rawat inap, penunjang dan administrasi.</p> <p>Setiap ada komplain segera dilakukankordinasi sesuai kategori grading(merah, kuning, hijau).</p> <p>Sumber data: survei IKM, duty manager, komplain langsung, kotak saran dan media sosial WhatsApp</p>	<p>Terus berupaya menyelesaikan permasalahan jika terjadi komplain sesuai kategori dan standar yang ditetapkan melalui koordinasi dengan unit terkait dan jika pada pelanggan eksternal penyelesaian melibatkan pasien dan keluarga atau pengunjung.</p>
3	<p>Pembuatan MoU:</p> <p>a. pelayanan/KSM 95%,</p> <p>b. pengelolaan/KSO 15,38%,</p> <p>c. pendidikan 52,17%</p>	<p>Realisasi MoU pelayanan/ KSM melebihi target yakni 95% dikarenakan adanya kebutuhan dan perluasan jejaring pelayanan kesehatan jiwa sedangkan MoUpengelolaan/ KSO terealisasi 15,38%, tidak mencapai target dikarenakan adanya variasi masa berakhir sedangkan MoU pendidikan melebihi target yakni 52,17% ada MoU baru dan perpanjangan..</p>	<p>Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap MoU mulai tahun berjalan dan tahun berakhir:</p> <p>a. MoU pelayanan</p> <p>b. MoU pengelolaan /KSO</p> <p>c. MoU pendidikan</p>
4	<p>Keprotokoleran: upacara 58,33%, apel 46,93%, penerimaan tamu pejabat 56,25%, dokumentasi 78%</p>	<p>Keprotokoleran pada :</p> <p>a. Upacara tercapai 66,66% dikarenakan di dalam kegiatan dilaksanakan selain sesuai jadwal jaga adanya tambahan kegiatan pada seperti : peringatan hari kartini, dan hari lahir pancasila sedangkan pelaksanaan kegiatan apel kurang dari target yakni 46,93% dikarenakan pada jadwal apel terkadang bersamaan dengan kegiatan pelaksanaan upacara.</p> <p>b. Penerimaan tamu pejabat tercapai 56,25% melebihi target yang ditetapkan dikarenakan seringnya menerima tamu Kemenkes maupun tamu lain terkait dengan kegiatan rumah sakit (akreditasi)</p> <p>c. Dokumentasi tercapai 90% dikarenakan berkaitan dengan</p>	<p>Melakukan koordinasi dan monev disetiap kegiatan keprotokoleran:</p> <p>a. Upacara</p> <p>b. Apel</p> <p>c. Penerimaan tamu pejabat</p> <p>d. Dokumentasi</p>

		penerimaan tamu pejabat dan kegiatan lain yang memerlukan pendokumentasian.	
5	<p>Informasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penerimaan telepon masuk 59,17%,</li> <li>- Penyambungan telepon keluar 79,45%,</li> <li>- Informasi melalui media internal <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Banner 97%</li> <li>b. Tingtong 69%</li> </ul> </li> <li>- Informasi melalui media massa <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Internal 50%</li> <li>b. Eksternal 116,39%</li> </ul> </li> <li>- Layanan informasi melalui: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Telepon 59,71%</li> <li>b. Sosial media ( WA, email) 81,45%</li> <li>c. Kotak saran 55,38%</li> <li>d. Permintaan publikasi/ papan informasi 50%</li> </ul> </li> </ul>	<p>Pelayanan informasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penerimaan telepon masuk 59,17% berkurang kemungkinan adanya media lain yang digunakan untuk menghubungi RSJ Dr Radjiman Wediodingrat Lawang misalnya dengan: WhatsApp.</li> <li>b. Penyambungan telepon keluar tercapai 79,45% dikarenakan penggunaan telepon lebih bervariasi misal: dari internal minta disambungkan ke dokter, duty manager, supervisor keperawatan, petugas lain dan ke eksternal keluargapasien, penyedia, dan instansi lain.</li> <li>c. Informasi melalui media komunikasi internal adanya banner 97%, dikarenakan adanya permintaan dari beberapa kegiatan sedangkan tingtong 69% permintaan ada beberapa kegiatan dari internal /unit kerja yang wajib di sampaikan: himbauan tidak merokok, WBK dan senam peregangan.</li> <li>d. Informasi melalui media masa, internal dan eksternal. internal tercapai 66,67%, sedangkan yang eksternal tercapai melebihi target 116,39%, pencapaian publikasi media eksternal erat kaitannya dengan fenomena kesehatan jiwa yang ada di masyarakat, Pemilihan Umum di bulan April 2019</li> <li>e. Layanan informasi mencapai peningkatan melalui telepon 59,71%, media WA dan email 89%, kotak saran 55,38%, permintaan publikasi/papan informasi 50%, dikarenakan adanya pilihan fasilitas pengguna untuk mengakses yang awalnya sebatas melalui telepon namun meluas ke media yang telah disediakan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Melakukan monitoring dan evaluasi terutama pada telepon masuk dengan nomor telepon yang tidak dikenal yang bisa akses langsung keruangan dengan mengatasnamakan petugas dikarenakan pernah beberapa kali ada kejadian. Dan penyambungan telepon keluar melalui petugas operator yang standby 24 Jam di IGD</li> <li>b. Melakukan pemantauan terhadap media internal dan penawaran media eksternal yang keberadaannya masih diperlukan verifikasi.</li> </ul>
6	Duty manajer 16%	Pelaksanaan kegiatan duty manajer dibulan januari – februari mencapai target sebesar 16%, dikarenakan mulai bulan maret ada perampingan yang awalnya petugas jaga malam secara managerial ada 3 orang, duty manager yang terdiri dari pejabat struktural dan fungsional sebagai duty manager, supervisi keperawatan pria dan wanita,	Melakukan koordinasi jika terjadi permasalahan terkait dengan hukormas

		mejadi 1 orang petugas yang tetap disebut sebagai duty manager sesuai SK Direktur Utama.	
7	Pembuatan SK 56%	Capaian kegiatan pembuatan SK melebihi target sebesar 56% hal tersebut berkaitan besarnya kebutuhan pembuatan SK dalam tata kelola organisasi di lingkungan rumah sakit	Melakukan monev pelaksanaan kegiatan pembuatan SK dan dibuat standar prosedur pembuatan SK organisasi.
8	Jadwal Shift	Januari – Mei ada 5 staf dan bulan Juni 4 staf dikarenakan ada pengurangan ada promosi di Subbagian Hukormas melaksanakan tugas sifit di operator telpon 24 jam di pojok IGD dengan penjadwalan tugas pagi, siang dan malam sesuai aturan yang ditetapkan dengan rata-rata pelaksanaan tugas dalam semester I sebagai berikut: Pagi @ 9x, siang @ 7x, Malam @7x	a. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan jaga shift b. Melakukan koordinasi jika terjadi permasalahan c. Mengkonsultasikan dan melaporkan pada atasan langsung

➤ **Kegiatan Subbagian Hukormas Semester 1 Tahun 2019**

No	Kegiatan	Bulan						Rata-Rata
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	
1	Survey kepuasan pasien dan masyarakat	255	353	351	324	322	152	293
2	Penanganan komplain	6	5	6	15	4	2	6
3	Pembuatan MoU :							
	a. Pelayanan / KSM	7	2	5	3	2	0	3
	b. Pengelolaan/KSO	0	0	0	0	1	1	0
	c. Pendidikan	6	0	6	5	5	2	4
4	Keprotokoleran :							
	a. Upacara	1	1	1	1	2	2	1
	b. Apel	4	4	4	5	4	2	4
	c. Penerimaan tamu pejabat	2	1	2	2	0	2	2
	d. Dokumentasi	6	8	7	6	8	10	8
5	Informasi :							
	a. Penerimaan telepon masuk	681	421	527	434	459	400	487
	b. Penyambungan telepon keluar	1271	936	848	971	998	922	991
	c. Informasi yang diterima :							
	- Media Sosial	139	34	42	44	31	78	61
	- Telepon	257	95	164	141	181	118	159
	- Kotak Saran	45	24	2	49	5	14	23
	d. Informasi Media Internal							
	- Banner	7	5	2	2	4	9	5
	- Tingtong	28	26	26	26	28	24	26
	e. Informasi Media Massa							
	- Internal	4	7	4	11	7	6	7

	- Eksternal	11	7	9	28	14	2	12
6	Duty Manager	40	39					
7	Pembuatan SK	5	4	5	5	4	12	6
8	Pelaksanaan Jadwal Shift sejumlah 5 orang/ sift/orang :							
	- Pagi	9	9	9	9	9	9	9
	- Siang	7	7	7	7	7	7	7
	- Malam	8	8	8	7	8	8	8

➤ **Capaian Indikator Mutu Hukormas Tahun 2019**

No	Indikator Mutu	Target Tahun 2019	Bulan						Rata-Rata
			1	2	3	4	5	6	
1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	≥ 85 %	82,58	81,48	84,15	86,52	86,41	84,66	84,30
2	Kecepatan Respon Terhadap Komplain ( KRK)	≥ 80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Prosentase Komplain yang Ditindaklanjuti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Pendampingan Masalah Hukum	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Pengembangan Kerjasama dengan Institusi Luar	80%	31%	250%	9%	38%	14%		57%
6	Promosi Layanan Rumah Sakit	100%	115,4%	107,7%	100%	300%	161,5%	62%	141%

**Ket : Indikator mutu**

**No 1. berdasarkan renstra dan IKU target 80%, internal ≥ 85 %**

**No. 5-6 perlu evaluasi, indikator mutu baru diuji cobakan mulai januari 2019**

### 3. Kinerja Instalasi di Bawah Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

Pencapaian Kinerja di bawah Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum juga meliputi di 4 Instalasi dan 1 Unit, yaitu Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs), Instalasi Kesehatan Lingkungan (Kesling), Instalasi Sistem Informatika Rumah Sakit (SIRS), Instalasi Binatu, dan Unit Layanan Pengadaan.

#### a. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs)

Pencapaian kinerja di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs) semester 1 tahun 2019 sebagai berikut :

Indikator Kinerja	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Semester 1 Tahun 2019		
							Target	Realisasi	Capaian
							Kegiatan / tahun	%	
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan	Keg	Keg	Keg	Keg	Keg	Keg	360	301	83,61

Gedung/ Bangunan Fisik										
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Saluran Air Bersih	42	38	40	38	41	30	360	229	63,61	
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Jaringan Listrik dan Komunikasi	84	62	64	61	43	46	600	360	60	
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Mesin (Mesin Otomatis, Mesin Produksi, Mesin Energi)	4	4	5	4	5	3	55	25	45,45	
Kegiatan monev tercapai	5	6	6	6	5	5	68	33	48,52	
Survei tercapai	1	1	1	1	1	1	12	6	50	
Perbaikan SOP	1	1	1	1	1	0	10	5	50	
Rata-rata									<b>57,31</b>	

➤ **Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Gedung/Bangunan Fisik**

**Kondisi yang dicapai :**

Pada semester I tahun 2019 tercapai jumlah pemeliharaan gedung/bangunan fisik sebesar 301 kegiatan (83,61%), hal ini disebabkan karena meningkatnya kerusakan sarpras bangunan gedung serta meningkatnya jumlah permintaan pemeliharaan/perbaikan dari unit kerja.

**Permasalahan :**

Kegiatan pemeliharaan gedung/bangunan fisik yang jumlahnya banyak, disebabkan karena banyaknya kerusakan sarpras bangunan/gedung serta meningkatnya jumlah permintaan pemeliharaan /perbaikan bangunan yang tergolong sedang dan berat yang variatif membutuhkan jumlah tenaga yang banyak memerlukan skills yang memadai sesuai kebutuhan, sedangkan tenaga yang ada pada saat ini baik jumlah dan kemampuan skills masih terbatas/belum sesuai dengan jumlah dan skills yang dibutuhkan (tenaga tukang bangunan), sehingga sampai saat ini pemeliharaan tingkat kerusakan sedang dan kerusakan berat diserahkan ke Pihak-ke 3.

**Usulan Pemecahan Masalah :**

- Perlunya penambahan tenaga khusus bangunan dengan skills sesuai dengan kebutuhan
- Mempertahankan/memakai jasa tenaga kerja dari pihak ke-3

➤ **Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Saluran Air Bersih :**

**Kondisi yang dicapai :**

Pada semester I tahun 2019 tercapai jumlah pemeliharaan saluran air bersih sebesar 229 kegiatan (63,61%).

**Permasalahan**

Seringnya terjadi masalah kran dan wastafel rusak.

**Usulan Pemecahan Masalah :**

- Melakukan upaya pemeliharaan/perbaikan kran dan wastafel rusak secara berkala, dan upaya pemeliharaan pompa celup *summersible* pada lokasi sumber mata air bersih telaga Sentul dengan kualitas pompa yang lebih baik.
- Mempertahankan capaian kinerja dengan meningkatkan kecermatan, ketepatan, dan kecepatan serta meningkatkan monitoring pemeliharaan sarpras saluran air bersih.

➤ **Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Jaringan listrik dan Komunikasi :**

**Kondisi yang dicapai :**

Pada semester I tahun 2019 tercapai jumlah pemeliharaan jaringan listrik dan komunikasi sebesar 360 kegiatan (60%).

**Permasalahan :**

- Belum memiliki UPS dengan kapasitas daya listrik tinggi pada area lokasi unit kerja yang membutuhkan
- Adanya panel listrik yang butuh perawatan dan penggantian secara berkala

**Usulan Pemecahan Masalah :**

- Pengadaan UPS untuk cadangan apabila masih terjadi listrik mati di beberapa area unit kerja
- Menata ulang/mengganti dan menambah panel listrik dan jaringan kabel listrik yang lama/usia tua
- Meningkatkan monitoring pemeliharaan sarana yang ada agar jaringan listrik dan *suplay* listrik tetap terjaga (listrik hidup 24 jam)

➤ **Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Mesin :**

**Kondisi yang dicapai :**

Pada semester I tahun 2019 tercapai jumlah pemeliharaan mesin sebesar 25 kegiatan (45,45%).

**Permasalahan :**

Menurunnya jumlah pemeliharaan mesin disebabkan ada pekerjaan pemeliharaan tingkat berat yang harus ditangani oleh pihak ke-3

**Usulan Pemecahan Masalah :**

- Menjadwalkan kapan saatnya pemeliharaan dilakukan
- Melakukan monitoring dan evaluasi hasil pemeliharaan yang dilakukan oleh pihak ke-3

➤ **Jumlah Kegiatan monev tercapai :**

**Kondisi yang dicapai :**

Angka capaian monev mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya, jumlah pemeliharaan jaringan listrik dan komunikasi antara lain dikarenakan semakin banyaknya perbaikan jaringan listrik, serta penambahan daya listrik di rumah sakit, sehingga diperlukan monev yang berkesinambungan

**Permasalahan :**

Ada kegiatan yang sulit dilakukan monev

**Usulan Pemecahan Masalah :**

Membuat perencanaan dan meningkatkan kemampuan dalam monev tertentu.

➤ **Jumlah Kegiatan survey tercapai :**

**Kondisi yang dicapai :**

Pada semester I tahun 2019 tercapai jumlah kegiatan survey sebesar 6 kegiatan (50%).

➤ **Jumlah Kegiatan Perbaikan SOP :**

**Kondisi yang dicapai :**

Terjadi kenaikan jumlah perbaikan SOP pada semester I tahun 2019, hal ini disebabkan karena revisi dokumen SOP format lama menjadi SOP AP sudah dilaksanakan sehubungan dengan terlaksananya akreditasi dengan hasil lulus paripurna.

**Permasalahan :**

- Adanya prosedur baru dalam pelaksanaannya
- Prosedur lintas unit kerja memerlukan koodinasi lintas unit kerja belum maksimal

**Usulan Pemecahan Masalah :**

Menganalisa perubahan prosedur kegiatan disesuaikan dengan kebutuhan di lapangan.

➤ **Pencapaian OEE (OVERALL EQUIPMENT EFFECTIVENESS)**

**a) Mesin Cuci**

**Avilability**

*Waktu operasional ( 8 jam x 60 mnt)	: 480 menit
*Waktu setup (menghidupkan mesin)	: 15 menit
*Waktu breakdown (kerusakan)	: 0 menit

Avilability :  $\frac{(\text{Waktu operasional} - \text{Waktu setup} - \text{waktu breakdown})}{\text{Waktu operasional}} \times 100\%$

:  $\frac{(480 \text{ menit} - 15 \text{ menit} - 0 \text{ menit})}{480 \text{ menit}} \times 100\%$

: **96,88 %**

#### Performance Rate

\* Waktu yang tersedia (8 jam x 60 mnt) : 480 mnt

\* Cycle Time (satu kali prose) : 20 mnt

\* Volume produk yang dihasilkan : 23 kg

Performance Rate :  $\frac{(\text{Cycle Time} \times \text{Volume produk yang dihasilkan})}{\text{Waktu yang tersedia}} \times 100\%$

:  $\frac{(20 \times 23)}{480} \times 100\%$

: **95,83 %**

#### Quality Rate

\* Jumlah Parameter Quality Mesin Cuci (unit yang OK )

\* Jumlah Seluruh parameter Mesin Cuci (Jumlah mesin cuci)

Quality Rate :  $\frac{\text{Jumlah Parameter Quality Mesin Cuci}}{\text{Jumlah Seluruh parameter Mesin Cuci}} \times 100\%$

:  $\frac{6}{6} \times 100\%$

6

: **100%**

**OEE** : Availability X Performance Rate X Quality Rate X 100%

: 98,33 % x 95,83 % x 100,00%

: **94,23 % (Tercapai)**

\*standar OEE 85%

#### b) Mesin Pengering

##### Avilability

\*Waktu operasional ( 8 jam x 60 mnt) : 480 mnt

\*Waktu setup (menghidupkan boiler) : 5 mnt

\*Waktu breakdown (kerusakan) : 0 mnt

Avilability :  $\frac{(\text{Waktu operasional} - \text{Waktu setup} - \text{waktu breakdown})}{\text{Waktu operasional}} \times 100\%$

$$: \frac{(480 \text{ mnt} - 5 \text{ mnt} - 0 \text{ mnt})}{480 \text{ mnt}} \times 100\%$$

**: 98,96 %**

### Performance Rate

- \* Waktu yang tersedia (7 jam x 60 mnt) : 480 mnt
- \* Cycle Time (satu kali prose) : 20 mnt
- \* Volume produk yang dihasilkan : 23 kg

$$\text{Performance Rate} : \frac{(\text{Cycle Time} \times \text{Volume produk yang dihasilkan})}{\text{Waktu yang tersedia}} \times 100\%$$

$$: \frac{(20 \times 23)}{480} \times 100\%$$

**: 98,96 %**

### Quality Rate

- \* Jumlah Parameter Quality Boiler (unit yang OK )
- \* Jumlah Seluruh parameter Boiler (Jumlah boiler)

$$\begin{aligned} \text{Quality Rate} &: \frac{\text{Jumlah Parameter Quality Boiler}}{\text{Jumlah Seluruh parameter Boiler}} \times 100\% \\ &: \frac{6}{6} \times 100\% \\ &: \mathbf{100\%} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{OEE} &: \text{Avilability} \times \text{Performance Rate} \times \text{Quality Rate} \times 100\% \\ &: 98,96 \% \times 98,96 \% \times 100\% \\ &: \mathbf{97,93 \%} \text{ (Tercapai)} \end{aligned}$$

\*standart OEE 85%

### c) Mesin Boiler

#### Avilability

- \*Waktu operasional ( 6 jam x 60 mnt) : 360 mnt
- \*Waktu setup (menghidupkan boiler) : 5 mnt
- \*Waktu breakdown (kerusakan) : 0 mnt

$$\text{Avilability} : \frac{(\text{Waktu operasional} - \text{Waktu setup} - \text{waktu breakdown})}{\text{Waktu operasional}} \times 100\%$$

$$: \frac{(360 \text{ mnt} - 5 \text{ mnt} - 0 \text{ mnt})}{360 \text{ mnt}} \times 100\%$$

**: 98,61 %**

**Performance Rate**

\* Waktu yang tersedia (7 jam x 60 mnt) : 420 mnt  
 \* Cycle Time (satu kali prose) : 15 mnt  
 \* Volume produk yang dihasilkan : 20 kg  
 Performance Rate :  $\frac{(\text{Cycle Time} \times \text{Volume produk yang dihasilkan})}{\text{Waktu yang tersedia}} \times 100\%$   
 :  $\frac{(15 \times 25)}{420} \times 100\%$   
 : **89,29 %**

**Quality Rate**

\* Jumlah Parameter Quality Boiler (unit yang OK )  
 \* Jumlah Seluruh parameter Boiler (Jumlah boiler)

Quality Rate :  $\frac{\text{Jumlah Parameter Quality Boiler}}{\text{Jumlah Seluruh parameter Boiler}} \times 100\%$   
 :  $\frac{4}{4} \times 100\%$   
 : **100%**

**OEE** : Availability X Performance Rate X Quality Rate X 100%  
 : 98,61 % X 89,29 % x 100%  
 : **88,05 %** (tercapai)

\*standart OEE 85%

**b. Instalasi Kesehatan Lingkungan (Kesling)**

Pencapaian kinerja di Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs) semester 1 tahun 2019 sebagai berikut :

Program Kerja Tahun 2019	Kegiatan	Sub Kegiatan	Target 2019	Realisasi semester I tahun 2019	Capaian
Penatalaksanaan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit	Terlaksananya kegiatan pemeliharaan mesin / sarana prasarana kesling	Pemeliharaan mesin dan sarana prasarana kesling	12	6	50%
	Terlaksananya kegiatan pengamatan kesehatan lingkungan	Monitoring kegiatan kesling	996	498	50%
		Penyuluhan kesehatan lingkungan	3	2	66,66%
	Terlaksananya pemeriksaan laboratorium mikrobiologi dan	Pemeriksaan kualitas kimia air bersih, air minum dan udara ambien	2	1	50%

Program Kerja Tahun 2019	Kegiatan	Sub Kegiatan	Target 2019	Realisasi semester I tahun 2019	Capaian
	kimia	Pemeriksaan kualitas udara ambien dan uji emisi	2	1	50%
		Pemeriksaan laboratorium air limbah	12	6	50%
		Pemeriksaan makanan jadi, air bersih, air minum, sterilitas instrumen, kualitas udara ruang, usap alat/lantai tercapai.	4	1	25%
	Terlaksananya kegiatan pengendalian vector dan binatang pengganggu	Pengendalian vektor dan binatang pengganggu	132	66	50%
	Terlaksananya pengelolaan sampah medis	Pengelolaan limbah medis	54	25	46,29%
	Terlaksananya pengelolaan limbah cair	Pengurusan bak lift station	1	0	0%
		Pengawasan kualitas limbah cair	205	102	50%
		Pelaksanaan pengelolaan limbah cair	240	120	50%
		Pemeliharaan saluran air limbah	96	48	50%
	Terlaksananya program penghijauan/ <i>Green hospital</i>	Peremajaan taman	1	1	100%
		Program komposting	1	1	100%
	Terlaksananya kegiatan administrasi Kesling	Paket surat menyurat	12	6	50%

Program Kerja Tahun 2019	Kegiatan	Sub Kegiatan	Target 2019	Realisasi semester I tahun 2019	Capaian
	Terpenuhinya kuantitas SDM di Instalasi Kesling sesuai dengan ABK	Penambahan tenaga di Instalasi Kesling	2	1	50%
<b>RATA-RATA CAPAIAN</b>					<b>52,09%</b>

Dari tabel tersebut dapat diketahui rata-rata capaian kegiatan Instalasi Kesling Semester I 2019 adalah 52,09%. Adapun analisa dan rencana tindak lanjutnya disebutkan dalam tabel berikut :

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
1	Pemeriksaan makanan jadi, air bersih, air minum, sterilitas instrumen, kualitas udara ruang, usap alat/lantai tercapai.	Pemeriksaan laboratorium yang harusnya terjadwal bulan Mei 2019 harus dijadwalkan ulang pada bulan Juli 2019 karena RSJ Lawang tidak mendapatkan jadwal pemeriksaan bulan Mei dan Juni dari pihak BTKLPP Surabaya.	Melakukan pemeriksaan laboratorium di Labkesda Kota Mojokerto pada bulan Juli 2019.
2	Pengelolaan limbah medis	Ada peralihan kontrak kerjasama dari pihak ketiga pengolahan limbah medis antara PT Artama dan PT Arah Environmental	Membuat kontrak kerjasama yang jelas dengan waktu pengangkutan limbah medis rutin dilakukan setiap minggu sekali.
3	Pengurasan bak <i>lift station</i>	Kegiatan pengurasan bak <i>lift station</i> akan dilakukan pada semester 2 tahun 2019	Melaksanakan pengurasan <i>lift station</i> pada bulan September 2019.

➤ **Program Rumah Sakit Bersih Rsj Dr. Radjiman Wediodiningrat Periode Januari – Juni 2019**

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
1	Kebersihan Fisik Halaman	10	Kebersihan Fisik Halaman	100	
			a. Tersedia tempat sampah tertutup yang mudah dijangkau	10	10
			b. Tidak ada sampah berserakan	10	10
			c. Tidak terdapat genangan air	10	10

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
			d. Terdapat pohon peneduh	5	5
			e. Pembatas jalan selalu bersih dari noda dan kotoran	10	10
			f. Pagar pembatas selalu bersih	10	9,8
			g. Tersedia penerangan luar ruangan ( <i>outdoor</i> )	10	10
			h. Tersedia kran air untuk pembersihan dan penyiraman	10	10
			i. Saluran air lancar	10	10
			j. Tidak ditemukan binatang pengganggu, seperti kucing, tikus, anjing, dll	5	4,6
			k. Taman terpelihara	10	9,65
			<b>Total</b>		<b>990,5</b>
<b>2</b>	<b>Kebersihan Fisik Bangunan</b>	<b>10</b>	<b>Kebersihan Fisik Bangunan (secara umum dari semua ruangan)</b>	<b>100</b>	
			a. Tidak terdapat sampah berserakan	10	10
			b. Lantai bersih dan tidak licin	10	10
			c. Dinding berwarna terang dan bersih	10	9,05
			d. Ventilasi udara cukup atau menggunakan peralatan mekanik	10	10
			e. Sirkulasi udara baik disetiap bangunan	10	10
			f. Langit-langit bersih dan tidak bocor	10	9,35
			g. Penerangan cukup disetiap ruangan	10	10
			h. Instalasi kabel dan pipa rapi	10	10
			i. Bebas serangga dan binatang pengganggu	5	4,35
			j. Tidak berdebu	5	5
			k. Tersedia sarana cuci tangan pakai sabun/desinfektan	10	10
			<b>Total</b>		<b>977,5</b>
<b>3</b>	<b>Kebersihan Fisik Toilet dan Kamar Mandi</b>	<b>10</b>	<b>Kebersihan Fisik Toilet dan Kamar Mandi (secara umum dari semua toilet)</b>	<b>100</b>	

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
			a. Tersedia toilet yang cukup untuk pasien, pengunjung, dan petugas serta berfungsi dengan baik	20	20
			b. Toilet bersih, tidak berbau, dan kering	20	20
			c. Tersedia sarana cuci tangan pakai sabun	20	20
			d. Bebas dari serangga pengganggu	10	9,8
			e. Kemiringan lantai cukup	10	10
			f. Tidak terdapat genangan air	10	10
			g. Sirkulasi udara baik	10	10
	<b>Total</b>				<b>998</b>
<b>4</b>	<b>Penanganan Sampah</b>	<b>10</b>	<b>Penanganan Sampah</b>	<b>100</b>	<b>0</b>
			a. Adanya pemilahan antara sampah medis dan non-medis	20	20
			b. Sampah tidak berserakan	20	20
			c. Tempat sampah tertutup dan dilapisi kantong plastik sesuai jenis sampah	20	20
			d. Tersedia tempat penampungan sementara dan diangkat setiap hari	20	20
			e. Tersedia fasilitas pemusnahan sampah medis atau bekerja sama dengan pihak ketiga	20	20
	<b>Total</b>				<b>1000</b>
<b>5</b>	<b>Ketersediaan Air Bersih</b>	<b>10</b>	<b>Ketersediaan Air Bersih</b>	<b>100</b>	<b>0</b>
			a. Tersedia air bersih yang cukup untuk setiap kegiatan	50	50
			b. Kualitas air bersih memenuhi syarat	50	38,5
	<b>Total</b>				<b>885</b>
<b>6</b>	<b>Hygiene dan Sanitasi Pangan</b>	<b>10</b>	<b>Hygiene dan Sanitasi Pangan (untuk pasien)</b>	<b>100</b>	<b>0</b>
			a. Makanan dikemas/disajikan dalam wadah bersih dan tertutup	50	50
			b. Penjamah makanan sehat, bersih, dan menggunakan APD	50	50
	<b>Total</b>				<b>1000</b>

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
7	Pengolahan Limbah Cair	10	Pengolahan Limbah Cair	100	
			a. Memiliki IPAL	40	40
			b. Saluran air limbah tertutup dan lancar	30	28,8
			c. Kualitas outlet limbah cair memenuhi baku mutu	30	30
	<b>Total</b>				<b>988</b>
8	Penanganan Serangga dan Binatang Pengganggu	5	Penanganan Serangga dan Binatang Pengganggu	100	
			a. Kepadatan jentik Aedes sp yang diamati melalui indeks kontainer harus 0	50	30
			b. Semua ventilasi dilengkapi dengan kasa anti nyamuk	10	0,35
			c. Semua ruangan bebas dari kecoa terutama pada dapur, gudang makanan, dan ruang steril	10	10
			d. Tidak ditemukannya tanda-tanda keberadaan tikus, terutama pada daerah bangunan tertutup	10	9,75
			e. Tidak ditemukan lalat di dalam ruang tertutup	10	10
			f. Tidak ditemukannya binatang pengganggu	10	7,6
	<b>Total</b>				<b>338,5</b>
9	Pelestarian Lingkungan	5	Pelestarian Lingkungan	100	
			a. Terdapat pohon pelindung yang cukup	30	60
			b. Terdapat biopori	30	40
			c. Adanya pembuatan pupuk kompos	30	60
			d. Efisiensi penggunaan air	10	16
	<b>Total</b>				<b>440</b>
10	Gerakan Kebersihan	5	Gerakan Kebersihan	100	0
			a. Adanya Gerakan Jumat Bersih atau sejenisnya	50	50
			b. Adanya kebijakan tertulis mengenai Gerakan Jumat Bersih atau sejenisnya	50	40

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
	<b>Total</b>				<b>450</b>
<b>11</b>	<b>Edukasi Perilaku Sehat</b>	<b>10</b>	<b>Edukasi Perilaku Sehat</b>	<b>100</b>	
			Adanya media promosi tentang kebersihan (memasang himbauan, stiker, poster, leaflet tentang kebersihan, larangan merokok, CTPS, dilarang meludah sembarangan)		
			a. Seluruh lingkungan RS	100	100
			b. Sebagian	50	
	<b>Total</b>				<b>100</b>
<b>12</b>	<b>Penyelenggaraan</b>	<b>5</b>	<b>Penyelenggaraan</b>	<b>100</b>	
			a. Memiliki unit kerja kebersihan	20	20
			b. Petugas kebersihan profesional dan bertanggung jawab	10	10
			c. Memiliki program pemeliharaan kebersihan	20	20
			d. Melaksanakan monitoring rutin	20	20
			e. Melaksanakan pencatatan	10	10
			f. Memiliki dukungan kebijakan tertulis direksi rumah sakit tentang upaya-upaya dalam mencapai rumah sakit bersih	20	20
	<b>Total</b>				<b>500</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>Total Hasil Penilaian</b>	<b>100</b>	<b>9568</b>

Hasil penilaian Tribulan I (Januari – Maret) tahun 2019 sebesar **9560,5** dan Tribulan II (April – Juni) tahun 2019 sebesar **9575** maka diperoleh rata-rata hasil penilaian sebesar **9568**

Nilai Tingkes RSB (Rumah Sakit Bersih)

- Periode Bulan Januari – Maret 2019 : **9560,5**
- Periode Bulan April – Juni 2019 : **9575**

Rata-rata penilaian untuk RSB untuk semester I tahun 2019 adalah **9568**.

### c. Instalasi Sistem Informatika Rumah Sakit (SIRS)

Pencapaian kinerja di Instalasi Sistem Informatika Rumah Sakit (SIRS) semester 1 tahun 2019 sebagai berikut:

Program Kerja	Kegiatan	Sub Kegiatan	Satuan	Target	Realisasi	% Capaian
1. Pemantapan dan <i>maintenance</i> pengembangan program aplikasi 2. Pengadaan sarana <i>hardware</i> dan <i>networking</i> .	Pengembangan sarana dan penerapan IT	Pengembangan dan Penerapan Software Aplikasi SIMRS (Sistem Informasi RS) Rekam Medis Elektronik dan Billing System	Persentase	90%	50%	56 %
		Pengembangan Software Aplikasi	Persentase	100%	50%	50 %
		Pengembangan perangkat IT	Paket kegiatan	1	0	0
Pemeliharaan sarana <i>hardware</i> dan <i>networking</i>	Pemeliharaan dan perbaikan sarana dan penerapan IT	Pemeliharaan dan perbaikan perangkat komputer dan printer	kegiatan	500	301	60 %
		Pemeliharaan dan perbaikan jaringan komputer	kegiatan	800	797	100 %
		Pengadaan sparepart komputer dan printer	Paket kegiatan	1	0	0
		Pengelolaan fasilitas <i>internet, website, cloud server</i>	Paket kegiatan	1	1	100%
		Pemeliharaan dan perbaikan Software Aplikasi (ap.farmasi)	kegiatan	1	0	0
Optimalisasi sumber pendapatan fungsional dan penunjang	Analisa Perencanaan Kebutuhan IT di Rumah Sakit	Penyusunan perencanaan dan menganalisa kebutuhan operasional	kegiatan	5	4	80 %
<b>JUMLAH RATA-RATA CAPAIAN</b>						<b>50 %</b>

#### Pengembangan sarana dan penerapan IT

##### Kondisi yang dicapai :

Pencapaian target pengembangan aplikasi semester 1 tahun 2019 rata-rata tercapai 73% dengan keterbatasan programmer yang ada. Beberapa kegiatan yang telah dilakukan di semester 1 tahun 2019 sebagai berikut :

➤ **Pengembangan aplikasi SIMRS**

telah dikerjakan pemrograman :

- Fitur upload scan merger berkas klaim BPJS sistem secara paperless sehingga pengiriman berkas klaim hanya berupa file
- Fitur EWS (Early Warning System) beserta scoring
- Fitur verifikasi lembar konsul rawat jalan, rawat inap dengan alert
- Fitur Diet Khusus di instalasi Gizi
- Perbaiki system manajemen database SIMRS (partisi table) untuk meningkatkan performa server
- Fitur form insiden keselamatan pasien
- Fitur form surveilan HAIS unit PPI

➤ **Pengembangan Software Aplikasi** merupakan kegiatan pembuatan program selain SIMRS yaitu antara lain *update website*, aplikasi penilaian kinerja/EPI, aplikasi persediaan, aplikasi integrasi pelaporan SIRS Online. Pada tahun 2019 akan dilanjutkan pengembangan aplikasi keuangan terintegrasi dengan SIMRS.

➤ **Pengembangan perangkat IT** merupakan kegiatan pengadaan perangkat komputer terdiri dari server, komputer PC, printer. Pada semester 1 masih proses pengadaan.

➤ **Kegiatan Instalasi SIRS**

Indikator Kinerja	Tahun 2018			Semester 1 Tahun 2019		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kegiatan pemrograman software	800	681	85 %	500	279	56 %
Pengembangan Aplikasi SIMRS	0,8	0,8	100 %	0,9	0,5	56 %
Penerapan Modernisasi Pengelolaan BLU	1	0,95	95 %	1	0,5	50 %
Pengembangan Software Aplikasi dan Website	1	1	100 %	1	0,5	50 %
Penerapan Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan Online	1	0,8	80 %	1	1	100 %
Penerapan Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	1	1	100 %	1	1	100 %
Integrasi SIMRS dengan Aplikasi Farmasi	1	0,8	80%	1	0,5	50 %
Integrasi Aplikasi Farmasi dengan Aplikasi Persediaan	1	0,8	80 %	1	0,5	50 %
Integrasi SIMRS dengan eKlaim INACBG	1	0,9	90 %	1	1	100 %
Integrasi SIMRS dengan vClaim SEP BPJS	1	0,95	95 %	1	0,95	95 %

Aplikasi SISMADAK	1	0,8	80 %	1	1	100 %
Integrasi Aplicares BPJS	1	1	100 %	-	-	-
<b>Jumlah rata-rata capaian</b>						<b>73 %</b>

**Permasalahan :**

- Pengembangan aplikasi SIMRS pada semester 1 tahun 2019, hanya dikerjakan oleh 1 orang programmer dan banyak permintaan fasilitas karena kebutuhan akreditasi SNARS sehingga kegiatan maintenance SIMRS juga semakin banyak, berakibat terjadi antrian pengembangan SIMRS menjadi lama.
- Staf programmer menangani banyak pekerjaan antara lain pemrograman, analisa aplikasi, perbaikan aplikasi, perawatan *database*, perbaikan dan pengolahan data, integrasi aplikasi luar, pendampingan *user*.

**Usulan Pemecahan Masalah**

- Pada bulan Juni telah dibuat Surat Keputusan penyesuaian gaji khusus jabatan Programmer sehingga bisa meningkatkan kinerja programmer.
- Pemrograman aplikasi SIMRS diprioritaskan pada *maintenance* agar operasional SIMRS pada pelayanan berjalan lancar, sedangkan pengembangan SIMRS dilakukan secara bertahap sesuai kemampuan programmer.

**2). Pemeliharaan dan perbaikan sarana IT**

**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian target semester 1 tahun 2019 untuk kegiatan pemeliharaan sarana IT rata-rata sudah mencapai 73% sehingga melebihi target 1 semester, dikarenakan banyaknya kegiatan pemeliharaan dan perbaikan jaringan komputer akibat kerusakan dan renovasi ruangan.

Indikator Kinerja	Tahun 2018			Semester 1 Tahun 2019		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan perangkat komputer	300	342	114%	300	195	65 %
Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan printer	200	179	90%	200	106	53 %
Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan jaringan komputer	500	986	197%	800	797	100 %
<b>Jumlah rata-rata capaian</b>						<b>73 %</b>

**Permasalahan :**

- Kerusakan perangkat komputer dan printer terjadi karena perangkat sudah lama.
- Kenaikan jumlah kegiatan pemeliharaan sebanding dengan jumlah perangkat komputer dan jaringan yang setiap tahun bertambah karena kebutuhan pengembangan IT.
- Meningkatnya kegiatan perbaikan jaringan komputer (*network*) dikarenakan perangkat jaringan di ruang rawat inap sering bermasalah dan perlu penggantian perangkat. Juga adanya pembenahan jaringan komputer pada saat renovasi ruang rawat inap. Selain itu banyaknya kegiatan penanganan perbaikan CCTV.

**Usulan Pemecahan Masalah :**

- Melengkapi perangkat komputer dengan UPS dan pengamanan sumber listrik dengan menambah *Arrester, Grounding, Stabilisator*.
- Penggantian perangkat komputer dan printer dengan yang baru.
- Kegiatan pemeliharaan jaringan komputer selalu bertambah karena kebutuhan sehingga membutuhkan bantuan pemeliharaan pihak ke-3.
- Dengan semakin meningkatnya jumlah kegiatan maka dilakukan optimalisasi tenaga SDM.

**d. Instalasi Binatu**

Pencapaian kinerja di Instalasi Binatu semester 1 tahun 2019 sebagai berikut :

Program Kerja Instalasi Binatu 2019	Sub Kegiatan	Sat	Tahun 2019		
			Target	Smt I	%
Sentralisasi Linen	Perencanaan	Keg	1	1	100
	Penyimpanan	Lap	12	2	16.67
	Quality Control	Lap	12	6	16.67
	Perbaikan linen	Lap	12	0	0
	Afkir Linen	Lap	12	2	16.67
Pengelolaan, Pencucian dan Kebersihan Linen Rumah Sakit dengan model sentralisasi Linen	Reject ( , 2%) → mutu cucian	kg	3.440	2.5	0.073
	Mengambil linen kotor infeksius dan non infeksius	Kg	172.000	133.615	77.68
	Menimbang Linen Kotor	Kg	172.000	133.615	77.68
	Mencuci Linen Kotor	Kg	172.000	133.615	77.68
	Mengeringkan Linen	Kg	172.000	133.615	77.68
	Mensetrika dan melipat Linen	Kg	172.000	133.615	77.68
	Mengepak dan membungkus	Kg	172.000	133.615	77.68

	linen				
	Pendistribusian Linen ke Ruangan	Kg	172.000	133.615	77.68
Pengelolaan Linen dengan Pihak III	Kontrak Bersih	LS	1	1	100

Dari Tabel diatas dapat diketahui bahwa program sentralisasi linen yang di canangkan belum berjalan dengan sempurna. Hal ini disebabkan karena Instalasi Binatu baru melakukan pengelolaan Linen (memindahkan linen dari gudang RT ke gudang Instaasi) pada bulan Mei 2019. Beberapa langka Strategik yang di laksanakan oleh Instalasi Binatu dalam mencapai Sentralisasi Linen yang paripurna adalah :

1. Melakukan *Quality Control* atas linen mengenai layak dan tidaknya linen di gunakan kembali oleh penderita
2. Melakukan Perbaikan Linen,dalam hal ini kami Instasli Binatu masih terkendala peralatan dan bahan untuk perbaikan linen.
3. Melakukan standarisasi linen di ruang rawat inap
4. Melakukan sinkronisasi data stock linen dengan SIM RS

Dalam hal Pengelolaan Linen Kotor, Instalasi Binatu pada Semester I Tahun 2019 ini sudah tercapai target sebesar 77.68%. Dari segi mutu atau kualitas cucian, yang pada tahun 2019 ini mulai di ukur dengan indikator reject dari ruang rawat inap, sampai dengan semester I Tahun 2019 secara umum kualitas pengelolaan linen di Instalasi Binatu adalah Baik, hal ini dengan diperolehnya angka reject sebesar 0.078% dari maksimal 2% pada akhir tahun 2019.

➤ **Indikator Mutu Instalasi Binatu**

Indikator Mutu	Target Th. 2018	Capaian Th. 2018	Target 2019	Capaian Smt I
Ketepatan waktu penyediaan Linen Bersih untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100 %	100 %	100 %	100 %
Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100 %	100 %	100 %	100 %
Kepatuhan dalam penggunaan APD			100 %	100 %
Kepatuhan terhadap SOP			100 %	100 %

Capaian Indikator Kinerja Jumlah pencucian dan pengeringan pakaian pasien Semester I Tahun 2019

Indikator Kinerja	Tahun 2018			Tahun 2019		
	Target Smt 1	Realisasi Smt 1	Capaian	Target Smt I	Realisasi Smt 1	Capaian
Jumlah pencucian dan pengeringan pakaian pasien	85.500	83.105	97.19 %	86.000	133.615	155.35 %

No	Indikator	Target	Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Juni
1	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Analisa Penyebab Tercapainya Target Semester I Tahun 2019, telah diterapkan Sistem Manajemen Linen :

- a) Ketepatan waktu penyediaan linen bersih didukung oleh sistem Sentralisasi Linen, dimana Instalasi Binatu mengelola Stok Linen sebagai pengganti Linen Rusak / tidak layak pakai atas hasil seleksi petugas.
- b) Sarana Prasarana (Mesin Cuci dan Pengering) telah di lakukan peremajaan
- c) Pengelolaan Linen dilaksanakan dengan menggunakan sistem outsourcing
- d) Pengelolaan Linen Infeksius di kelola sejak dari ruang rawat inap sampai dengan Masuk ruang Pencucian dengan mesin cuci khusus (hospital laundry)

Usulan Peningkatan dengan Managemen Perubahan

- a) Meningkatkan koordinasi dengan ruang rawat inap dan diklit.
- b) Meningkatkan pendapatan RS dengan Menambah Layanan untuk laundry komersial.
- c) Peremajaan Instalasi Pipa Steam maupun Pipa pasokan air bersih.
- d) Memantapkan sistem Sentraslisasi Linen dengan Instalasi Binatu sebagai stakeholder pengelolaan linen di RS.

### e. Unit Layanan Pengadaan (ULP)

Capaian Kinerja Unit Layanan Pengadaan (ULP) pada semester 1 tahun 2019 sebagai berikut :

Indikator Kinerja	Kegiatan	Sub Kegiatan Unit	Target Tahun 2019	Realisasi Semester 1 Tahun 2019	Capaian
Implementasi pelayanan pada seluruh Instalasi Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum	Pelaksanaan Pengadaan Barang dan Jasa	Jumlah pengadaan B/J dengan metode Tender / Pemilihan Langsung/Seleksi Sederhana	22	4	18,18 %
		Jumlah pengadaan B/J dengan metode Pengadaan langsung	40	23	57,50 %
		Jumlah pengadaan B/J dengan metode pembelian langsung	700	360	51,43 %
		Jumlah Pengadaan melalui <i>Inaproc/E Catalog</i>	200	133	66,50 %
		Analisa SPM Pengadaan	8	4	50 %
		Penilaian Kinerja ULP dan Pelaporan ULP	12	6	50 %

#### Analisa :

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab/permasalahan	Rencana Tindak Lanjut
1	Jumlah pengadaan B/J dengan metode Tender/Pemilihan Langsung/Seleksi Sederhana capaian 18,18 %	- Ada 8 paket pekerjaan yang belum dilaporkan pada semester 1 dikarenakan terjadi <i>error</i> pada Sistem aplikasi <i>SPSE</i> sehingga proses berakhir pada tribulan 3 dan akan menjadi laporan realisasi pada semester 2 tahun 2019	- Menambahkan 8 kegiatan dalam laporan realisasi pada tribulan 3 tahun 2019
2	Jumlah Pengadaan melalui <i>Inaproc/E Catalog</i> capaian 66,50 %	- Terjadi karena kegiatan kebutuhan obat-obatan secara <i>e catalog</i> pada semester 1 cukup tinggi sehingga lebih dari 50 %	- Melakukan pemantauan kegiatan pengadaan melalui <i>e-catalog</i> sesuai dengan kebutuhan

#### 4). Komite K3 RS :

Program kerja Keselamatan dan Kesehatan kerja Rumah sakit tahun 2019 meliputi 8 program pokok yaitu:

1. Manajemen Risiko
2. Keselamatan dan Keamanan di Rumah Sakit
3. Pelayanan Kesehatan Kerja
4. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dari aspek K3
5. Pencegahan dan pengendalian kebakaran
6. Memastikan pengelolaan prasarana Rumah Sakit sesuai dengan standard K3
7. Memastikan pengelolaan peralatan medis sesuai dengan standard K3
8. Kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat atau bencana

Dari 8 program tersebut dirinci menjadi kegiatan kegiatan dengan capaian pada semester 1 tahun 2019 sebagai berikut:

No	Kegiatan	Target	Realisasi	Capaian
1	Manajemen Risiko Terintegrasi	1x / tahun	1 x	100%
2	Review dokumen regulasi Rumah Sakit terkait K3RS	1x / tahun	1 x	100%
3	Membuat PCRA dan monitoring	4x / tahun	2 x	50%
4	Ronde K3 (penilaian internal dari semua program K3RS)	2x / tahun	1 x	50%
5	Identifikasi dan mapping area berisiko	1x / tahun	1 x	100%
6	Pemeriksaan kesehatan pegawai & imunisasi	1x / tahun	0 x	0%
7	Penyusunan Fire Safety Assesment, HVA dan HSI	1x / tahun	0 x	0%
8	Sosialisasi dan simulasi kesiapan menghadapi bencana	1x / tahun	0 x	0%
9	Simulasi penanggulangan kebakaran oleh Tim Code Red + uji fungsi sistem proteksi kebakaran	3x / tahun	2 x	66,6%
10	Sosialisasi dan simulasi kesiapan menghadapi bencana dan kebakaran pada pegawai baru	2x / tahun	1 x	50%
11	Sosialisasi dan simulasi kesiapan menghadapi bencana dan kebakaran pada mahasiswa praktikan	3x / tahun	2 x	66,6%
12	<i>Safety Patrol Code Red</i>	4x / tahun	2 x	50%
13	Menerima laporan, melakukan investigasi, menganalisis dan membuat rekomendasi tindak lanjut insiden K3RS	4x / tahun	3 x	75%
14	Pelatihan Snake handling	1x / tahun	1 x	100%
15	Pelatihan Satgas penanggulangan kebakaran	1x / tahun	1 x	100%
16	TOT Tim Disaster	1x / tahun	0 x	0%

Kegiatan yang belum tercapai 100% adalah kegiatan periodik seperti ronde K3, *safety patrol* dan simulasi penanggulangan kebakaran. Selain itu adalah kegiatan yang memang diagendakan pada semester kedua yaitu: pemeriksaan kesehatan dan imunisasi pegawai yang akan mulai dilaksanakan bulan Agustus 2019, penyusunan *Fire Safety Assessment*, HVA, HSI dan simulasi kesiapan menghadapi bencana di setiap Unit Kerja

yang dilakukan setiap bulan September, dan TOT tim Disaster yang direncanakan pelaksanaan di akhir bulan September. Pembuatan PCRA di semester satu adalah proyek konstruksi pembangunan gedung IPCU dan pemeliharaan Ruang VIP, sedangkan monitoringnya akan dilaksanakan sebelum, selama dan setelah proyek selesai yaitu pada semester dua.

### 5). Satuan Pengawasan Intern (SPI)

#### a. Rencana Kegiatan dan Capaian Target Kegiatan

Capaian Kinerja Satuan Pengawasan Intern Semester 1 tahun 2019 sebagai berikut :

No	Rencana Kegiatan	Target	Realisasi	Capaian (%)
1	Penyusunan rencana kegiatan tahunan dan bulanan	13 keg	7 keg	53,8
2	Stock opname persediaan gudang induk	2 keg	1 keg	50
3	Riviu :			
	a. Laporan Keuangan Tahun 2018, Tribulan I 2019, Semester I 2019, dan Tribulan 3 Tahun 2019	4 keg	2 keg	50
	b. LAKIP 2018	1 keg	1 keg	100
	c. Laporan Kegiatan Semester I 2019	1 keg	0	0
	d. RKA-K/L tahun 2020	1 keg	0	0
4	Penilaian/evaluasi :			
	a. Implementasi SAKIP 2018	1 keg	1 keg	100
	b. Pendampingan penilaian risiko unit kerja	1 keg	1 keg	100
	c. Penilaian Pengendalian Intern Pelaporan Keuangan (PIPK)	2 keg	1 keg	50
5	Pemantauan penyelesaian temuan audit internal dan rekomendasi eksternal	12 keg	6 keg	50
6	Audit Operasional	12 keg	6 keg	50
7	Upaya pencegahan korupsi :			
	a. Pengelolaan Laporan Gratifikasi	12 keg	6 keg	50
	b. Pengelolaan LHKPN dan LHKASN	1 keg	1 keg	100
	c. Penanganan Pengaduan berkadar pengawasan	12 keg	6 keg	50
8	Peningkatan Mutu kegiatan dan SDM			
	a. Supervisi dan pengendalian kegiatan SPI	12 pt	6 pt	50
	b. Rakor internal SPI	12 keg	6 keg	50
	c. Diklat dan Pelatihan Kantor Sendiri (PKS)	3 org diklat 3 keg PKS	0	0
	d. Pertemuan tingkat pusat	1 kl	1 Kl	100
9	Evaluasi Kegiatan			
	a. Evaluasi kegiatan pengawasan 2018	1 keg	1 keg	100

No	Rencana Kegiatan	Target	Realisasi	Capaian (%)
	b. Perhitungan capaian IKI pegawai	48 org	24 org	50
	c. Perhitungan capaian indikator mutu	12 keg	6 keg	50
	d. Penilaian SKP 2018	5 org	5 org	100

### b. Analisis capaian kinerja

Secara umum seluruh kegiatan pengawasan SPI semester I tahun 2019 telah dilaksanakan sesuai Program Kegiatan Pengawasan Tahunan (PKPT) Tahun 2019. Rata-rata tercapai 50 % dan ada juga yang tercapai 100 %. Ada beberapa kegiatan yang belum dapat dilaksanakan karena sesuai jadwal akan dilaksanakan pada semester II.

Masing-masing kegiatan dapat dijelaskan sebagai berikut :

#### 1. Penyusunan rencana kegiatan pengawasan bulanan.

Kegiatan ini bertujuan merancang, menetapkan tujuan dan sasaran pengawasan, memilah, merinci, membagi pekerjaan-pekerjaan pengawasan yang akan dilakukan, mengalokasikan sumber daya, memutuskan bagaimana mencapainya dan mengidentifikasi tindakan-tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan sasaran pengawasan yang telah ditetapkan. Target kegiatan 13 kali terdiri atas perencanaan bulanan 12 kl dan tahunan 1 kali tercapai sesuai target.

#### 2. Stock opname persediaan gudang induk

Kegiatan pemeriksaan fisik persediaan pada gudang induk bertujuan untuk memastikan kesesuaian antara laporan persediaan dengan fisiknya. Kegiatan dilaksanakan pada tanggal 28 Juni 2019 yang akan digunakan sebagai salah satu data dukung laporan keuangan semester I 2019. Target kegiatan dilaksanakan dua kali dalam setahun mengikuti periode penyusunan laporan keuangan semester 1 dan semester 2. Capaian kegiatan sesuai target yaitu 50 %. Berdasarkan observasi didapatkan bahwa sisa persediaan bahan makanan untuk pasien yang disimpan di Instalasi Gizi tidak dimasukkan dalam Laporan Persediaan Barang Habis Pakai Rumah Sakit sehingga laporan sisa persediaan bahan makanan untuk pasien kurang mencerminkan sisa persediaan yang sesungguhnya. Instalasi gizi seharusnya melakukan pencatatan mutasi persediaan bahan makanan pasien yang telah disimpannya dan dikonsolidasikan dengan laporan persediaan rumah sakit.

#### 3. Reviu

- a. Capaian reviu laporan keuangan tercapai 50 % sesuai yang telah ditetapkan. Rekomendasi hasil reviu sudah ditindaklanjuti bersamaan pada saat direviu oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan.
- b. Target kegiatan reviu LAKIP sudah tercapai 100 %. Sebagian besar rekomendasi hasil reviu sudah ditindaklanjuti sebagai bahan desk LAKIP dengan Inspektorat Jenderal

Kementerian Kesehatan. Perlu dilakukan reviu RSB secara rutin untuk melihat kesesuaiannya dengan perkembangan sekarang.

- c. Reviu Laporan Kegiatan Semester I 2019 dan RKA-K/L tahun 2020 belum dapat dilakukan pada semester I karena sesuai jadwal akan dilaksanakan pada bulan Juli (semester II).

#### 4. Penilaian/Evaluasi :

- a. Kegiatan penilaian/evaluasi Implementasi SAKIP secara internal sudah dilaksanakan dengan nilai 94,75, sementara nilai hasil desk SAKIP dengan Itjen 94,44 turun dibanding tahun sebelumnya walaupun masih dalam katagori AA. Sub komponen yang mendapat nilai 0 adalah adanya KN yang belum selesai/tuntas yang berimbas pada nilai subkomponen terkait tidak maksimal seperti belum bisa diajukan penilaian WBK. Belum seluruh rekomendasi SPI terkait hasil reviu LAKIP ditindaklanjuti termasuk melakukan reviu RSB secara rutin.
- b. Sudah dilakukan pertemuan dan pendampingan bekerjasama dengan komite mutu untuk melakukan evaluasi dan penilaian risiko di tiap unit kerja dan masih dalam proses penyelesaian.
- c. Telah dilakukan penilaian PIPK secara internal dengan hasil termasuk katagori efektif dengan pengecualian. Penyelesaian rekomendasi masih dalam proses. Penilaian PIPK berikutnya menunggu penyelesaian juknis PIPK sesuai hasil pertemuan Penelaahan/Analisis Akuntansi Laporan Keuangan BLU dan Non BLU serta Pembahasan Draft Juknis PIPK pada bulan Mei di Hotel Atria Gading Serpong.

#### 5. Pemantauan penyelesaian temuan audit internal dan rekomendasi eksternal

Kegiatan pemantauan ini bertujuan untuk memberikan pendampingan kepada unit kerja dalam mempercepat penyelesaian temuan audit internal, BPK, Inspektorat Jenderal maupun rekomendasi dari monev PPK BLU dan Dewas. Kegiatan ini dilakukan setiap bulan dan sudah tercapai 50 % sesuai target. Berdasarkan hasil pemantauan dan hasil desk dengan Itjen pada tanggal 18-21 Juni di Tangerang dan tanggal 2 Juli di Kementerian Kesehatan perkembangan penyelesaian temuan selama semester I tahun 2019 sebagai berikut :

No.	Asal Rekomendasi	Saldo per Januari 2019		Penyelesaian Rekomendasi Semester I	Saldo per 30 Juni	Keterangan
		Temuan	Rekom			
1	BPK	1	kurang setor Rp.90.000.000	Rp.17.000.000	Rp.73 000.000,-	Diangsur

2	Itjen 2017	4	4	1	3	a. Pengembalian tunjangan Rp.2.250.000 b. SK Izin belajar c. Pemasangan meter listrik kantin IGD
3	Itjen 2018 (remunerasi)	1	1	1	-	Tuntas (selesai)
4	Itjen 2018 (JKN)	8	22	11	11	

## 6. Audit Operasional

Berbeda dengan tahun sebelumnya audit pengadaan tahun ini dilaksanakan dengan mengikuti proses mulai persiapan tender sampai dengan barang diserahkan ke PPK. Audit dilaksanakan setiap bulan sesuai jadwal tender di ULP. Audit pengadaan yang telah dilaksanakan dalam semester I adalah audit pengadaan jasa Satpam, pengadaan mesin cuci laundray dan *outsourcing* tenaga di Instalasi Binatu. Audit ini dilaksanakan mulai proses tender sampai dengan implementasi hasil tender selama 6 bulan (Januari-Juni). Audit satpam dilaksanakan karena adanya pengaduan dari LSM dan hasilnya berdasarkan bukti-bukti dokumen pengaduan tersebut tidak benar. Khusus untuk audit pengadaan mesin cuci laundray dan *outsourcing* tenaga di Instalasi Binatu pada saat ini masih dalam proses klarifikasi dengan penyedia maupun dengan PPK. Audit pengadaan lainnya di prioritaskan pengadaan yang nilainya sangat besar yaitu pembangunan gedung IPCU, Rehab gedung VIP, rehab gedung Bina Jiwa yang saat ini belum dapat dilaporkan karena masih dalam proses pelaksanaan audit.

## 7. Upaya Pencegahan Korupsi

Satuan Pengawasan Intern (SPI) telah melaksanakan upaya pencegahan korupsi melalui kegiatan :

### a. Pengelolaan laporan gratifikasi

Kegiatan yang telah dilakukan adalah membuat telaah atas permintaan Dirut atau memberikan masukan terhadap kegiatan yang berpotensi menimbulkan korupsi, memberikan konsultasi kepada pegawai yang memerlukan terkait gratifikasi serta melakukan pengelolaan terhadap laporan gratifikasi.

### b. Penanganan Pengaduan Berkadar Pengawasan

Melakukan monitoring terhadap pengaduan yang masuk melalui *Wistle Blowing System* (WBS) dan selama semester I belum ada pengaduan yang masuk. Ada tiga pengaduan melalui surat dari LSM ditujukan kepada direktur tentang tender pengadaan jasa Satpam 2019, penyelesaian temuan audit BPK tahun anggaran 2014 dan tender pembangunan gedung IPCU 2019. Terhadap pengaduan tersebut SPI

telah melakukan penelusuran dan pengecekan dan berdasarkan bukti dokumen hasil kegiatan serta wawancara pihak terkait ternyata pengaduan tersebut tidak benar.

c. **Pengelolaan LHKPN dan LHKASN**

Kegiatan yang telah dilakukan adalah mendorong dan memberikan pendampingan pengisian dan pengiriman LHKPN online kepada wajib lapor LHKPN. Sampai batas akhir pelaporan 31 wajib lapor LHKPN telah mengirimkan LHKPN online.

**8. Peningkatan Mutu Kegiatan dan SDM**

Kegiatan peningkatan mutu pengawasan dan SDM dilakukan dalam bentuk supervisi dan pengendalian kegiatan, evaluasi dan pembinaan dalam rapat internal, pertemuan pusat maupun Diklat. Yang belum terlaksana adalah Diklat dan PKS karena menunggu panggilan pelatihan dari Pusdiklatwas BPKP Ciawi.

**9. Evaluasi Kegiatan**

Beberapa indikator keberhasilan kegiatan pengawasan adalah capaian indikator mutu dan capaian Indikator Kinerja Individu pegawai. Oleh karena itu setiap bulan indikator tersebut selalu dilakukan perhitungan dan dievaluasi capaiannya.

**c. Permasalahan**

Dari beberapa kegiatan pengawasan yang telah dilaksanakan, ada beberapa kendala/permasalahan yang perlu dicarikan jalan keluar yaitu :

1. Pelaksanaan revidi laporan keuangan dan LAKIP.
  - Jarak selesainya laporan dan batas akhir pengiriman laporan sangat singkat sehingga waktu yang tersedia untuk revidi juga sangat singkat.
  - Belum dilakukan revidi RSB secara rutin terutama terkait dengan penetapan target.
2. Lambatnya Penyelesaian rekomendasi.
  - Masih ada pejabat yang kurang memahami bentuk tindak lanjut yang akan dibuat karena tidak terlibat langsung saat audit atau klarifikasi.
  - Penyelesaian terkait pihak ketiga.
  - Penyelesaian dalam bentuk modul/program memerlukan waktu dan keahlian khusus, tenaga terbatas.
  - Komitmen untuk menyelesaikan tepat waktu perlu didorong dan ditingkatkan.
3. Persiapan Penilaian Pengendalian Intern Pelaporan Keuangan (PIPK).  
Juknis pelaksanaan PIPK hasil pembahasan pertemuan pada bulan Mei 2019 sampai sekarang belum turun
4. Akses pengadaan elektronik

SPI tidak punya pasword untuk masuk dalam proses pengadaan elektronik sehingga tidak bisa melakukan audit pada saat proses tahapan pengadaan berlangsung. Ketika terjadi penyimpangan pada saat proses tender SPI tidak bisa mengingatkan secara langsung. Audit dilakukan setelah proses tahapan tender selesai sehingga tidak memberikan peringatan dini.

#### d. Rencana Tindak Lanjut

- a. Pelaksanaan reviu laporan keuangan dan LAKIP
  - Mendorong dan mengingatkan unit terkait agar dapat mengumpulkan data tepat waktu.
  - Melakukan reviu secara bertahap tidak harus menunggu laporan sudah jadi.
  - Merekomendasikan agar dilakukan reviu RSB secara rutin dan dijadikan satu paket pada saat penyusunan RBA.
5. Percepatan Penyelesaian rekomendasi
  - Mendampingi unit kerja baik pada saat audit maupun penyelesaian temuan.
  - Mendorong pihak ketiga untuk segera menyelesaikan temuan.
  - Mendorong Instalasi SIRS untuk mempercepat penyelesaian temuan terkait pembuatan modul/program.
  - Melakukan pemantauan perkembangan penyelesaian temuan untuk mengetahui permasalahan dan hambatannya.
6. Persiapan PIPK  
Juknis pelaksanaan PIPK hasil pembahasan pertemuan pada bulan Mei 2019 sampai sekarang belum turun.
7. Akses pengadaan elektronik  
Mengajukan permohonan pasword akses ke sistem pengadaan dengan status hanya bisa baca tidak bisa merubah ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Tabel  
Analisa Capaian Kinerja dan Rencana Tindak Lanjut  
Satuan Pengawasan Intern (SPI)

No	Capaian Kinerja	Evaluasi	Rencana Tindak Lanjut
1	Penyusunan rencana kegiatan tahunan dan bulanan 53 %	Terlaksana sesuai target	-
2	Stock opname persediaan gudang induk 50 %	Terlaksana sesuai target	-
3	Riviu :		
	a. Laporan Keuangan Tahun 2018, Tribulan I 2019, Semester I 2019, dan Tribulan 3 Tahun 2019	Terlaksana sesuai target	-

No	Capaian Kinerja	Evaluasi	Rencana Tindak Lanjut
	tercapai 50 %		
	b. LAKIP 2018 tercapai 100 %	Terlaksana sesuai target	-
	c. Laporan Kegiatan Semester I 2019, belum dilaksanakan	Belum dapat dilaksanakan karena sesuai jadwal akan dilaksanakan pada bulan Juli	Akan dilaksanakan sesuai jadwal pada bulan Juli
	d. RKA-K/L tahun 2020, belum dilaksanakan	Belum dapat dilaksanakan karena sesuai jadwal akan dilaksanakan pada bulan Juli	Akan dilaksanakan sesuai jadwal pada bulan Juli
4	Penilaian/evaluasi :		
	a. Implementasi SAKIP 2018 tercapai 100 %	Terlaksana sesuai target	-
	b. Pendampingan penilaian risiko unit kerja 100 %	Terlaksana sesuai target	-
	c. Penilaian Pengendalian Intern Pelaporan Keuangan (PIPK) 50 %	Terlaksana sesuai target	-
5	Pemantauan penyelesaian temuan audit internal dan rekomendasi eksternal 50 %	Terlaksana sesuai target	-
6	Audit Operasional 50 %	Terlaksana sesuai target	-
7	Upaya pencegahan korupsi :		
	a. Pengelolaan Laporan Gratifikasi 50 %	Terlaksana sesuai target	-
	b. Pengelolaan LHKPN 100 %	Terlaksana sesuai target	-
	c. Penanganan Pengaduan berkadar pengawasan 50 %	Terlaksana sesuai target	-
8	Peningkatan Mutu kegiatan dan SDM		
	a. Supervisi dan pengendalian kegiatan SPI 50 %	Terlaksana sesuai target	-
	b. Rakor internal SPI 50 %	Terlaksana sesuai target	-
	c. Diklat dan Pelatihan Kantor Sendiri (PKS) belum dilaksanakan	Terlaksana sesuai target	-
	d. Pertemuan tingkat pusat 100 %	Terlaksana sesuai target	-
9	Evaluasi Kegiatan		
	a. Evaluasi kegiatan pengawasan 2018 tercapai 100 %	Terlaksana sesuai target	-
	b. Perhitungan capaian IKI pegawai 50 %	Terlaksana sesuai target	-
	c. Perhitungan capaian indikator mutu 50 %	Terlaksana sesuai target	-
	d. Penilaian SKP 2018 tercapai 100 %	Terlaksana sesuai target	-

## 4. Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit

No	Unit Kerja		Indikator	Target	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun
<b>DIREKTORAT MEDIK DAN KEPERAWATAN</b>										
1	Bidang Medik	1	Kepatuhan jam Visite Dokter Spesialis	80%	26,17%	51,60	62,85	56,09	74,56%	66,24 %
2	Seksi Pelayanan Medik	2	Evaluasi Proses Rujukan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		3	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	70%	67,41%	69,47 %	66,56 %	72,26 %	70,66%	67,27 %
		4	<i>Length of Stay (LOS)</i>	< 30 hari	39,27	38,01	33,6	32,46	31,55	39,6
		5	Kegagalan Pelaksanaan <i>Rolling, Dropping</i> dan <i>Follow-up</i> Pasien	≤5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		6	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Pelayanan Medik Tepat Waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Seksi Pelayanan Penunjang Medik	7	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan	8	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap	9	Monitoring Supervisi Keperawatan Sesuai Rencana	100%	100	100	97	100	100	100
		10	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Inap Tepat Waktu	100%	100	100	100	100	97	100
6	Instalasi Rawat Jalan	11	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	59	55,00	62,00	69,00	65,00	49,00
			1. Klinik MCU		63	43	64	78	41	37
			2. Klinik Penyakit Dalam		80	55	63	58	72	79
			3. Klinik Penyakit Syaraf		97	110	100	103	100	94
			4. Klinik Bedah		69	100	132	128	145	28
			5. Klinik Sub Spesialis		12	40	20	57	22	31
			6. Klinik Kesehatan Jiwa		53	40	48	48	54	44
		12	Ketaatan Kontrol di Rawat Jalan	≥ 80 %	100%	100%	100%	96%	100%	100%
		13	Pelayanan Oleh Spesialis di Poliklinik Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

		14	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		15	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		16	Penerapan Edukasi Khusus Keperawatan di Klinik Kesehatan Jiwa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Klinik Psikiatri Anak Remaja	17	Kejadian <i>Drop-Out</i> Pasien Terhadap Paket Pelayanan di Klinik Autis yang Direncanakan	≤ 50 %	0%	8%	0%	0%	0%	0%
	Klinik Gigi	18	Keberhasilan Penambalan Gigi	≥ 95 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		19	Keberhasilan Pencabutan Gigi	≥ 95 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Klinik Psikologi	20	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤3 Hari	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		21	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤ 7 Hari	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Klinik Rehabilitasi Fisik (Fisioterapi)	22	Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		23	Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi ≤120 Menit	≥ 90%	62,40%	62,40 %	91,50 %	70,40 %	100%	100%
		24	Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	≤ 50 %	49,3%	43,7%	48,6%	38,6%	43,1%	38,0%
		25	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Instalasi Gawat Darurat	26	Kematian Pasien ≤ 8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		27	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	≤240 menit	102 mnt	118 mnt	102 mnt	101 mnt	106 mnt	116 mnt
		28	Respon Time Layanan Gawat Darurat <5 menit	100%	9m 40d	8m 24d	8m 07d	7m 40d	7m 70d	7m70 d
		29	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		30	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

		31	Pasien yang Dilakukan Assesment Gawat Darurat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Instalasi Rawat Inap	32	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		33	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		34	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		35	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri (IPIP)	≥ 95%	93,11%	94,44 %	91,67 %	90,91 %	92,00%	91,32 %
		36	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		37	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		38	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		39	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %	0,09%	0%	0%	0,31%	0,64%	0%
		40	Kejadian Pasien Lari	0	0	0,09	0,25	0	0,16	0
		41	<i>Nett Death Rate (NDR)</i>	≤ 24‰	0	0,68	1,05	0,95	88	0,47
		42	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	0	100	100	100	100	100	100
		43	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%	0	0	0	0	0	0
		44	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		45	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		46	Re-Asesmen Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		47	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer ( <i>Phlebitis</i> )	≤ 5‰	0,39	0,43	0	0	0,79	2,4
		48	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		49	Kejadian Pasien Jatuh	0	0	0	0,16	0,08	0,08	0

9	Ruang Perawatan Intensif Psikiatri	50	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu $\leq 10$ Hari	$\geq 85\%$	76,95	94,14	89,88	95,04	90,86	83,2
		51	Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	$\leq 1,5\%$	0	0	0,37	0	0	0
10	Instalasi Rehabilitasi Napza	52	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	$\geq 50\%$	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		53	Detoksifikasi Napza	$\geq 80\%$	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		54	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		55	Kejadian Pasien Jatuh	0	0	0	0,16	0	0	0
11	Instalasi Farmasi	56	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	$\geq 90\%$	96,76	96,47	96,61	96,98	97,64	97,53
		57	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	$\leq 30$ menit	21m 39d	21m 39d	18m 27d	16m 50d	18m 41d	29m4 2d
		58	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	$\leq 60$ menit	27m 32d	25m 27d	31m 41d	28m 11d	32m 10d	44m3 7d
		59	Kepatuhan Pemberian Label Obat High Alert	100%	100	99,74	100	100	100	100
		60	Kuantitas Penggunaan Antibiotik	1 kali dalam 3 bulan	100			100		
		61	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		62	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa di Tempat Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		63	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%	96,55	72,24	70,94	75,78	90,32	93,42
		64	Ketersediaan Formularium dan <i>Update</i> Paling Lama 3 Tahun	100%	100	100	100	100	100	100
		65	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	$\geq 75\%$		100%	100%	100%	100%	100%

13	Instalasi Rekam Medik	66	Kelengkapan Pengisian Informed Consent Setelah Mendapatkan Informasi yang Jelas	100%	99,7	99,5	97,7	98,5	98,9	100
		67	Registrasi Online	10% kunjungan	10	10	10	10	10	10
		68	Pengembalian RM		99,8	99,3	99,2	99,3	99,2	98,6
		69	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	100%	97,3	97,2	96,8	96,8	98,1	99,4
		70	Waktu penyediaan dokumen RM Rajal	≤10 mnt					SIMRS	
14	Instalasi Bedah	71	Penandaan Lokasi Operasi	100%	100	100	100	100	100	100
		72	Asesmen Prasedasi dan Pra-anestesi	100%	100	100	100	100	100	100
		73	Kematian di Meja Operasi	≤1%	0%	0%	0%	100%	100%	100%
		74	Pelaksanaan <i>Surgical Safety Check List</i>	100%	100	100	100	100	100	100
		75	Pelaksanaan Asesmen Awal Pra Bedah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		76	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100	100	100	100	100	100
		77	Waktu Tunggu Operasi Elektif < 2 hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100
		78	Pemantauan Ketidaksesuaian Diagnosis Pre dan Post Anestesi	100%	100	100	100	100	100	100
		79	Evaluasi Ulang jika Terjadi Konversi Tindakan dari Anestesi Lokal/Regional ke General	100%	100	100	100	100	100	100
		80	Pelaksanaan Monitoring Status Fisiologis selama Anestesi	100%	100	100	100	100	100	100
		81	Pelaksanaan Monitoring Proses Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam	100%	100	100	100	100	100	100
		82	Kejadian Pasien Jatuh	0	0	0	0	0	0	0,02
		83	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		84	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

		85	Tidak adanya kejadian salah sisi		100%	100%	100%	110%	100%	100%
		86	operasi efektif		100%	100%	100%	100%	100%	100%
15	Instalasi Rehabilitasi (Mental)	87	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		88	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 65 %	73%	82%	70%	80%	84%	78%
16	Unit Elektromedik	89	Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		90	Waktu Tunggu Sebelum ECT	≤ 2 hari	1 h	1 h	1 h	1h	1h	1h
		91	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		92	Batal ECT	≤5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
		93	gagal ECT	≤5%	0%	3%	0%	0%	3%	0%
17	Unit Radiologi	94	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi <60menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		95	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		96	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi ≤ 3 Jam	180 mnt	95 m	69 m	71 m	1563 m	174m	60 m
		97	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	Skor 2	0	0	0	0	0	0
		98	Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Label pada Film Rontgen	100%	100	100	100	100	100	100
		99	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
18	Unit Laboratorium	100	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium < 30 Menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		101	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		102	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		103	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium	≤ 120 menit	26,3 m	31,99 m	40,29	32,34	45	52

		104	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		105	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		106	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
19	Instalasi Gizi	107	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		108	Ketepatan Pemberian Diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		109	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		110	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
20	Instalasi PKRS	111	Kegiatan Penyuluhan Psikogeriatri	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		112	Pelaksanaan Penyuluhan di Luar Rumah Sakit	100%	100%	100%	400%	400%	200%	100%
		113	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥ 90 %	100	160	200	200	105	50
21	Instalasi Psikogeriatri	114	Angka Rehospitalisasi Pasien Rawat Inap Psikogeriatri	< 15%	7,14	0	0	0	0	2
		115	Peningkatan Kunjungan <i>Day Care</i> Psikogeriatri	> 5%	100	100	100	100	100	100
		116	Persentase Tempat Tidur di Ranap Psikogeriatri dengan Pengaman	100%	37,5	55,06	55,06	26,67	55,06	51
		117	Lama Rawat Inap Pasien Psikogeriatri dengan Komorbiditas Penyakit Fisik ≤ 6 Minggu	≥ 80%	28,40%	45%	65%	26%	28%	42%
		118	Peningkatan Status Fungsional Pasien rawat Inap Psikogeriatri	≥ 80%						
		119	Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Rawat Inap Psikogeriatri	≥ 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		120	Waktu Tunggu Layanan <i>Day Care</i> Psikogeriatri	≤ 60 menit	49,79	61	67,29	54,38	53,8	89,3
		121	Kejadian Pasien Jatuh	0	0	0	0	0	0	0
		122	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
22	Unit Pemeliharaan Alkes	123	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%	100					

		124	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>DIREKTORAT SUMBER DAYA MANUSIA</b>										
23	Bagian SDM	125	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	100	100	100	100	100	100
		126	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		127	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		128	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥90 %	96%					
		129	Ketepatan Waktu Penyetoran Data Indikator Kinerja Individu (IKI) Pegawai	100%	100	100	100	100	100	100
		130	Kinerja Pegawai Yang Baik, Sangat Baik dan <i>Excellent</i>	≥ 95 %	99	99	99	98	98	98
		131	Program Pemberian Penghargaan dan Konsekuensi	100%	50%					
		132	Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	≥ 80%	100%			100		
		133	Ketepatan waktu penyetoran data insentif pegawai		100%			100%		
24	Bagian Diklit	134	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Medis	100%	0%	0%	92%	100%	100%	67%
		135	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Keperawatan dan Non Medis	100%	0%	0%	90%	100%	100%	80%
		136	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Kedokteran	≥ 20% dari semua institusi	0%	0%	0%	0%	17%	17%
		137	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis	≥ 80% dari semua institusi	85%	87%	92%	93,75 %	100%	83%
		138	Jumlah Penelitian yang Dipublikasikan	2/tahun	0	0	0	0	0	0
		139	Kepuasan Pelanggan/Peserta Didik	≥ 85%	80,50%	86%	82%	82%	83%	79,61 %
		140	Monitoring Supervisi <i>Clinical Instructure</i> terhadap Praktikan	> 80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

		141	Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan >20 jam/tahun	≥ 80%/ thn (6,6% per bulan)	2,90%	8,70%	17,50 %	29,70 %	75%	80,20 %
25	Instalasi Diklat	142	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		143	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan yang Sudah Direncanakan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>DIREKTORAT KEUANGAN DAN ADMINISTRASI UMUM</b>										
26	Bagian Keuangan	144	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional/PB (POBO)	35 – 40 %						38,41
		145	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Definitif	Skor = 2	2	2	2	2	2	2
		146	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)	Skor = 2						0,66
		147	Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	Skor = 2	0,4			0,8		
		148	Kecepatan Pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap	100%	100	100	100	100	100	100
		149	Kebenaran Laporan Harian Kasir	100%	100	100	100	100	100	100
		150	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan RS	100%			100			100
		151	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%			100			100
		152	Perencanaan Strategis RS	100%	Dilaksanakan setiap 5 tahun sekali					
		153	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	Tepat waktu	Tepat waktu dan penyusunannya di semester 2					
		154	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK/ Anggaran	Skor = 2	2	2	2	2	2	2
		155	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%	14,21			37,11		

27	Bagian Administrasi Umum	156	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Manajemen	100%	70	75	70	80	70	70
		157	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		158	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		159	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	0	0	0	0	0	0
		160	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT	3 per TT	3 per TT	3 per TT	3 per TT	3 per TT	3 per TT
		161	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang ATK	100%	88,3	90,91	95,69	96,14	98,64	95,84
		162	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%	90,65	96,35	100	100	100	100
		163	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Rumah Tangga	100%	92,5	91,62	98,88	100	100	100
		164	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Makanan	100%	100	100	100	100	100	100
		165	Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik Negara	100%			100			100
28	Sub Bagian Hukormas	167	Pendampingan Masalah Hukum	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		168	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 80%	100%			100%		
		169	Kegiatan Promosi Layanan Psikogeriatri	100%	115,4	107,7	115,4	300	161,5	61,5
		170	Laporan Hasil Analisis Survei Kepuasan Pelanggan	80 ( Indeks Nilai IKM )	82,58	81,49	84,15	86,52	86,41	84,66
29	Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)	171	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer	≥ 90%	100	97	100	98	100	96
		172	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	≥ 90%	100	100	100	100	100	100

30	Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit	173	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥ 80 %	97,1	97	98,7	98,6	98,3	98,2	
		174	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
31	Instalasi Kesehatan Lingkungan	175	Penerapan Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Rumah Sakit	100%	63	75	77	76	88	91	
		176	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		177	Pengelolaan Limbah Padat sesuai Permenkes 1204 th 2004	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		178	Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri	≥ 7500.	9560,5			9575			
32	Instalasi Binatu/Laundry	179	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		180	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>KOMITE, PANITIA DAN SPI</b>											
33	Komite Medik	181	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor =100	100	100	100	100	100	100	
		182	Pelaksanaan Audit Medis Dua Kali dalam Setahun	100%	100						
		183	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Medis	100%	100						
		184	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial bagi Semua Dokter	100%							
34	Komite K3RS	185	Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja	0	1			1			
		186	Simulasi Kesiapsiagaan Bencana di Setiap Unit Kerja	100%	tahunan						
35	Komite Etik dan Hukum	187	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Rumah Sakit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
		188	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Kedokteran	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

		189	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Keperawatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
36	Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	190	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	≥75%	100	100	100	100	100	100
37	Komite Keperawatan	191	Terlaksananya Kredensial Bagi Perawat Baru dan Pindahan	95%	-	-	100%	-	-	100%
		192	Terlaksananya Rekredensial Bagi Perawat yang telah habis masa belaku RKKnya	95%	-	-	-	-	-	86,49 %
		193	Implementasi Audit Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Jalan dan Rawat Inap Setiap 6 (enam) Bulan Sekali	100%	-	-	-	-	-	100%
		194	Penanganan pelanggaran masalah etik keperawatan dapat diselesaikan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
38	Satuan Pemeriksa Internal	195	Jumlah pelaksanaan audit operasional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		196	Jumlah Pemantauan penyelesaian TL Temuan Audit Internal dan eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
39	Komite Mutu dan Keselamatan Pasien	197	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%	100%					
40	Unit Layanan Pengadaan (ULP)	198	Kelengkapan Dokumen	100%	100%					
		199	Kejadian Lelang Gagal	≤ 40%			0%			0%
41	Panitia Penerima Barang/Jasa	200	Kelengkapan Dokumen Penerimaan Barang/Jasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		201	Hasil Pemeriksaan dan Penerimaan Barang/Jasa Sesuai Kontrak	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**B. REALISASI ANGGARAN SEMESTER 1 TAHUN 2019**

Laporan Keuangan berdasarkan SAIBA :

Laporan realisasi anggaran (periode yang berakhir 30 Juni 2019 dan 2018)

(DalamRupiah)

URAIAN	CATATAN	30 Juni 2019		% thd Angg	TA 2018 ( <i>audited</i> )
		ANGGARAN	REALISASI		REALISASI
<b>PENDAPATAN</b>					
Penerimaan Negara Bukan Pajak	B.1	68.160.386.000	27.979.000.207	41,05	60.482.282.461
<b>JUMLAH PENDAPATAN</b>		<b>68.160.386.000</b>	<b>27.979.000.207</b>	<b>41,05</b>	<b>60.482.282.461</b>
<b>BELANJA</b>	<b>B.2.</b>				
Belanja Pegawai	B.3	46.906.601.000	23.498.690.759	50,10	46.668.688.861
Belanja Barang	B.4	86.172.263.000	25.202.446.906	29,25	76.638.342.981
Belanja Modal	B.5	16.044.991.000	315.507.073	1,97	15.323.920.206
<b>JUMLAH BELANJA</b>		<b>149.123.855.000</b>	<b>49.016.644.738</b>	<b>32,87</b>	<b>138.630.952.048</b>
<b>Sisa Lebih/Kurang Pembiayaan Anggaran (SiLPA/SiKPA)</b>			<b>(21.037.644.531)</b>		<b>(78.148.669.587)</b>

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 30 Juni 2019 adalah sebesar Rp27.979.000.207 atau mencapai 41,05persen dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp68.160.386.000. Pendapatan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang terdiri dari Pendapatan Sewa Tanah, Gedung dan Bangunan, pendapatan denda keterlambatan penyelesaian pekerjaan pemerintah, pendapatan lain-lain, pendapatan jasa pelayanan RS, pendapatan penyediaan barang dan jasa lainnya dan.

Realisasi Belanja instansi TA 2019 hingga bulan Juni adalah sebesar Rp 49.016.644.738 atau 32,87% dari anggaran belanja sebesar Rp149.123.855.000.

Realisasi Belanja Pegawai TA 2019 dan 2018 adalah masing-masing sebesar Rp23.498.690.759 dan Rp22.940.822.782. Belanja Pegawai adalah belanja atas kompensasi, baik dalam bentuk uang maupun barang yang ditetapkan berdasarkan peraturan perundang-undangan yang diberikan kepada pejabat negara, Pegawai Negeri Sipil (PNS). Realisasi belanja TA 2019 mengalami kenaikan sebesar 2,43 persen dari TA 2018. Hal ini disebabkan oleh terdapat pegawai PNS yang mengalami kenaikan golongan, jabatan fungsional, dan masuknya pegawai baru.

Realisasi Belanja Barang semester 1 TA 2019 dan 2018 adalah masing-masing sebesar Rp25.202.446.906 dan Rp 29.064.571.588. Realisasi Belanja Barang TA 2019

mengalami penurunan sebesar minus 13,29% dari Realisasi Belanja Barang TA 2018. Realisasi Belanja Modal TA 2019 dan 2018 adalah masing-masing sebesar Rp 315.507.073 dan Rp 307.301.193. Belanja modal merupakan pengeluaran anggaran untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari satu periode akuntansi.

Laporan Operasional ( periode yang berakhir 30 Juni 2019 dan 30 Juni 2018)

URAIAN	CATATAN	30 Juni 2019	30 Juni 2018
<b>KEGIATAN OPERASIONAL</b>			
<b>PENDAPATAN OPERASIONAL</b>			
Pendapatan Alokasi APBN		29.926.671.836	34.611.529.276
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat		18.739.037.154	25.694.117.826
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain		3.042.938.118	-
Pendapatan Hibah		218.929.595	-
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU		-	-
Pendapatan BLU Lainnya		747.240.546	343.945.790
<b>JUMLAH PENDAPATAN</b>		<b>52.674.817.249</b>	<b>60.649.592.892</b>
<b>BEBAN OPERASIONAL</b>			
Beban Pegawai	E.2	33.667.483.508	34.502.932.765
Beban Persediaan	E.3	15.440.994.184	12.529.958.565
Beban barang dan Jasa	E.4	8.913.296.074	5.113.686.982
Beban Pemeliharaan	E.5	1.007.740.846	2.169.061.001
Beban Perjalanan Dinas	E.6	110.773.214	156.114.682
Beban Barang untuk Diserahkan kepada Masyarakat		-	-
Beban Bantuan Sosial		-	-
Beban Penyusutan dan Amortisasi	E.7	6.684.474.199	4.074.970.256
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	E.8	74.668.520	24.170.393
Beban Lain-lain		-	-
<b>JUMLAH BEBAN</b>		<b>65.899.430.545</b>	<b>58.570.894.644</b>
<b>SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL</b>		<b>(13.224.613.296)</b>	<b>2.078.698.248</b>
<b>KEGIATAN NON OPERASIONAL</b>			
<b>Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar</b>			
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar		-	-
Beban Pelepasan Aset Non Lancar		-	-
Jumlah Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non		-	-
<b>Surplus (Defisit) dari Kegiatan non Operasional Lainnya</b>			
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya		7.502.131.120	9.476.281.974
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya		112.758.320	7.116.053.800
Jumlah Surplus (Defisit) Dari Kegiatan Non		7.389.372.800	2.360.228.174
<b>Jumlah Surplus /Defisit Dari Keg. Non Operasional</b>		<b>7.389.372.800</b>	<b>2.360.228.174</b>
<b>SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS LUAR BIASA</b>		<b>7.389.372.800</b>	<b>2.360.228.174</b>
<b>SURPLUS/DEFISIT LO</b>		<b>(5.835.240.496)</b>	<b>4.438.926.422</b>

Jumlah Defisit LO untuk periode yang berakhir pada 30 Juni 2019 dan 30 Juni 2018 adalah sebesar (Rp5.835.240.496) dan Rp4.438.926.422. Pendapatan LO untuk periode sampai dengan 30 Juni 2019 adalah sebesar Rp 52.674.817.249 sedangkan jumlah beban dari kegiatan operasional adalah sebesar Rp 65.899.430.545 sehingga terdapat Defisit dari Kegiatan Operasional senilai (Rp 13.224.613.296). Surplus Kegiatan Non Operasional sebesar Rp 7.389.372.800,-

## Neraca Per 30 Juni 2019 dan 2018

(DalamRupiah)

<b>ASET</b>			
<b>ASET LANCAR</b>			
Kas di Bendahara Pengeluaran	D.1	400.000.000	-
Kas Lainnya dan Setara Kas	D.2	227.551.572	118.394.147
Kas pada Badan Layanan Umum	D.3	68.990.900.458	35.171.887.826
Investasi Jangka Pendek - Badan Layanan Umum		-	25.000.000.000
Piutang bukan pajak	D.4	-	82.668.000
penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang bukan pajak	D.5	-	(413.340)
piutang bukan pajak (netto)		-	82.254.660
Piutang dari keg operasional BLU	D.6	6.085.502.828	11.465.272.544
penyisihan Piutang Tak Tertagih - piutang operasional BLU	D.7	(3.138.763.135)	(3.064.094.615)
piutang dari keg operasional blu (netto)		2.946.739.693	8.401.177.929
persediaan	D.8	4.039.815.082	4.936.514.586
Persediaan yang belum diregister		(3.962.095)	
<b>Jumlah Aset Lancar</b>		<b>76.601.044.710</b>	<b>73.710.229.148</b>
<b>ASET TETAP</b>			
Tanah	D.9	526.493.393.000	526.493.393.000
Peralatan dan Mesin	D.10	99.599.024.663	99.360.695.763
Gedung dan Bangunan	D.11	108.377.619.908	108.162.652.408
Jalan, Irigasi, dan Jaringan	D.12	10.010.408.300	10.010.408.300
Aset Tetap Lainnya	D.13	386.297.000	386.297.000
Konstruksi dalam pengerjaan	D.14	203.938.173	126.760.000
Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	D.15	(105.345.959.669)	(98.707.063.032)
<b>Jumlah Aset Tetap</b>		<b>639.724.721.375</b>	<b>645.833.143.439</b>
<b>ASET LAINNYA</b>			
Aset Tak Berwujud	D.16	508.684.500	508.684.500
Aset Lain-Lain	D.17	10.202.000	10.202.000
Akumulasi Penyusutan dan Amortisasi Aset Lainnya	D.18	(270.201.125)	(224.623.563)
<b>Jumlah Aset Lainnya</b>		<b>248.685.375</b>	<b>294.262.937</b>
<b>JUMLAH ASET</b>		<b>716.574.451.460</b>	<b>719.837.635.524</b>
<b>KEWAJIBAN</b>			
<b>KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>			
Utang kepada Pihak Ketiga	D.19	2.576.750.567	220.233.715
Pendapatan Diterima di Muka	D.20	92.810.915	132.403.421
Uang Muka dari KPPN	D.21	400.000.000	-
<b>Jumlah Kewajiban Jangka Pendek</b>		<b>3.069.561.482</b>	<b>352.637.136</b>
<b>JUMLAH KEWAJIBAN</b>		<b>3.069.561.482</b>	<b>352.637.136</b>
<b>EKUITAS</b>			
Ekuitas	D.22	713.504.889.978	719.484.998.388
<b>JUMLAH EKUITAS</b>		<b>713.504.889.978</b>	<b>719.484.998.388</b>
<b>JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS</b>		<b>716.574.451.460</b>	<b>719.837.635.524</b>

Neraca menggambarkan posisi keuangan entitas mengenai aset, kewajiban, dan ekuitas pada 30 Juni 2019. Nilai Aset per 30 Juni 2019 dicatat dan disajikan sebesar Rp 716.578.413.567 yang terdiri dari: Aset Lancar sebesar Rp 76.605.006.817; Aset Tetap (neto) sebesar Rp 639.724.721.375; dan Aset Lainnya (neto) sebesar Rp 248.685.375. Nilai Kewajiban dan Ekuitas masing-masing sebesar Rp 3.069.561.482 dan Rp 713.508.852.085.

Saldo Kas di Bendahara Pengeluaran per 30 Juni 2019 dan 31 Desember 2018 adalah masing-masing sebesar Rp 400.000.000,- dan Rp 0,- yang merupakan kas yang dikuasai, dikelola dan berada dibawah tanggung jawab Bendahara Pengeluaran yang berasal dari sisa UP/TUP yang belum dipertanggungjawabkan atau belum disetorkan ke Rekening Kas Negara per tanggal neraca. Pada periode 31 Desember 2018 saldo kas menunjukkan nilai Rp 0 karena telah dilakukan penyetoran ke Kas Negara.

Piutang dari Kegiatan Operasional BLU per tanggal 30 Juni 2019 dan 2018 masing-masing sebesar Rp 6.085.502.828 dan Rp 8.875.006.244 dan yang merupakan semua hak atau klaim pihak lain atas uang, barang atau jasa yang dapat dijadikan kas dan belum diselesaikan pada akhir tahun anggaran. Rincian Piutang Bukan Pajak pada RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang keseluruhannya adalah merupakan piutang dari pelayanan kepada pasien. Nilai Piutang Bukan Pajak per 30 Juni 2019 disajikan sebagai berikut:

*Rincian Piutang dari Kegiatan Operasional BLU*

No.	Jenis Piutang	TH 2019	TH 2018
1	Pasien penjamin perorangan (pasien umum)	Rp 2.160.962.612,00	Rp 2.397.376.699,00
2	BPJS	Rp 2.810.530.878,00	Rp 5.674.920.400,00
3	KPKNL	Rp 1.114.009.338,00	Rp 802.709.145,00
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp 6.085.502.828,00</b>	<b>Rp 8.875.006.244,00</b>

Atas jenis piutang tersebut diklasifikasikan sesuai dengan kualitasnya dengan rincian sebagai berikut :

No.	Jenis Piutang	Lancar	Kurang Lancar	Diragukan	Macet	Jumlah
1	Pasien Umum	Rp 219.731	Rp 6.640.893	Rp 46.766.945	Rp 1.957.073.573	Rp 2.010.701.142
2	BPJS	Rp 14.052.654	Rp -	Rp -	Rp -	Rp 14.052.654
3	KPKNL	Rp -	Rp -	Rp -	Rp 1.114.009.338	Rp 1.114.009.338
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp 14.272.385</b>	<b>Rp 6.640.893</b>	<b>Rp 46.766.945</b>	<b>Rp 3.071.082.911</b>	<b>Rp 3.138.763.135</b>

Selain saldo piutang yang disajikan pada Neraca per 30 Juni 2019, RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang juga melakukan penatausahaan dan pengelolaan piutang atas tagihan Jamkesda (pasien rawat inap dan rawat jalan), pasien umum (rawat inap) dan BNN Propinsi Jatim. Piutang tersebut tidak disajikan dalam neraca karena tagihan Jamkesda tersebut belum melalui proses verifikasi dan biasanya proses verifikasi bersamaan dengan pembayaran atau pelunasan dari Pemda.

Sedangkan untuk pasien umum rawat inap, piutang tidak diakui karena belum ada surat pernyataan piutang dari pasien dan jumlah tersebut bisa berkurang ataupun bertambah karena piutang tersebut pasien belum pulang atau masih dalam perawatan

Laporan Perubahan Ekuitas untuk periode yang berakhir 30 Juni 2019 dan 2018

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	30 Juni 2019	30 Juni 2018
EKUITAS AWAL	G.1	719.484.998.388	201.985.298.903
SURPLUS/DEFISIT LO	G.2	(5.835.240.496)	4.438.926.422
KOREKSI YG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS YANG ANTARA LAIN BERASAL DARI DAMPAK KUMULATIF PERUBAHAN KEBIJAKAN AKUNTANSI/KESALAHAN MENDASAR	G.3	(140.905.807)	48.920.528
PENYESUAIAN NILAI ASET	G.3.1	-	-
KOREKSI NILAI PERSEDIAAN	G.3.2	-	-
SELISIH REVALUASI ASET TETAP	G.3.3	-	-
KOREKSI nilai aset tetap non revaluasi	G.3.4	-	39.477.308
KOREKSI LAIN-LAIN	G.3.5	(140.905.807)	9.443.220
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	G.4	-	57.188.000
KENAIKAN /PENURUNAN EKUITAS	G.5	(5.976.146.303)	4.545.034.950
<b>EKUITAS AKHIR</b>	<b>G.6</b>	<b>713.508.852.085</b>	<b>206.530.333.853</b>

Nilai ekuitas pada tanggal 30 Juni 2019 dan 2018 adalah masing-masing sebesar Rp 713.508.852.085,- dan Rp 206.530.333.853,-.

### C. UPAYA UNTUK MERAH WTP dan WBK WBMM

#### 1. Upaya meraih WTP

##### a. Membangun Komitmen raih WTP :

Komitmen raih WTP diimplementasikan dalam bentuk pelaksanaan pelayanan prima. Untuk membangun suasana dan atmosfer komitmen tersebut selalu dibacakan komitmen Pelayanan Prima setiap acara rapat, apel, upacara.

**b. Penguatan Perencanaan dan Penganggaran**

- Perencanaan disusun berdasarkan kebutuhan/usulan dari masing-masing unit kerja
- Setiap usulan program dan anggaran dari masing-masing unit kerja harus dilengkapi TOR dan skala prioritas
- Setiap penyusunan RBA mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB)

**c. Pembenahan Pengelolaan Kas/Sistem Pembukuan/ Akuntansi**

- Telah dilakukan pemeriksaan kas/tutup buku tiap bulan
- SPI melakukan monitoring Buku Kas Umum

**d. Perbaikan Penatausahaan PNBP**

- Memperkuat verifikator penatausahaan PNBP oleh Subag Mobilisasi Dana . Laporan penerimaan tiap bulan telah ditulis dipapan bagian keuangan
- Telah dilakukan rekonsiliasi rutin antara unit layanan dengan unit pelaksana administrasi setiap bulan

**e. Perbaikan Pengelolaan Hibah Langsung**

- Menyelesaikan administrasi barang-barang hibah
- Melakukan rekonsiliasi secara rutin

**f. Penataan Rekening**

Menggunakan rekening yang telah disetujui Menteri Keuangan

**g. Peningkatan Kualitas Pengadaan Barang/Jasa**

- Melakukan proses lelang secara elektronik
- Proses pengadaan berpedoman pada peraturan yang berlaku
- Penerimaan/pemeriksaan barang/jasa sesuai dengan kontrak
- Melakukan koordinasi dengan KPA, PPK, Panitia Penerima dan user.
- Pengadaan/Pembelian Obat/Barang/Jasa yang tercantum dalam *E-Catalog* dilakukan pembelian melalui *E-Catalog*
- Melaksanakan Evaluasi secara berkala

**h. Pembenahan Penatausahaan Barang Milik Negara (BMN)**

- Telah dilakukan Rekonsiliasi BMN dengan SAIBA tiap bulan
- Setiap semester SPI melakukan pemeriksaan fisik persediaan

**i. Penguatan Kapasitas SDM**

Peningkatan kompetensi SDM melalui pendidikan dan pelatihan SDM

**j. Penguatan Sistem Pengendalian Internal Pemerintah (SPIP)**

- Telah dilakukan audit oleh SPI dimana salah satunya untuk mengevaluasi sistem pengendalian manajemen

- Setiap enam bulan dilakukan audit versi ISO 9001 : 2015 untuk mengetahui efektifitas sistem
- Telah dilakukan pembinaan penyusunan manajemen resiko oleh tim Itjen Kemenkes

**k. Penguatan Monitoring dan Evaluasi**

- Melakukan pertemuan rutin dan berkala secara berjenjang dalam rangka evaluasi pelaksanaan kegiatan.
- Dilakukan audit setiap enam bulan melalui standar ISO 9001 : 2008 & Akreditasi.
- Dilakukan audit internal ISO 9001 : 2015 setiap enam bulan.
- Telah dilakukan survey akreditasi SNARS edisi 1 dan lulus tingkat internasional.
- Dilaksanakan rapat koordinasi BOD seminggu sekali (setiap hari senin),
- Dilaksanakan rapat koordinasi strukutral 1 minggu sekali (setiap hari selasa)
- Dilaksanakan rapat koordinasi struktural & fungsional 1 bulan sekali (minggu ke-4)
- Dilaksanakan supervisi manajerial 3 bulan sekali.

**l. Perbaikan Penyusunan dan Penyampaian Laporan Keuangan**

- Menyampaikan laporan keuangan tepat waktu
- SPI melakukan reuiu laporan keuangan
- Rekonsiliasi antara BMN dan SAIBA telah dilakukan rutin tiap bulan
- Rekonsiliasi internal dan eksternal telah dilakukan tiap bulan

**m. Peningkatan Pengawasan**

- Telah dilakukan verifikasi terhadap bukti transaksi
- Telah dilakukan audit oleh Kantor Akuntan Publik (KAP)
- Telah dibentuk Unit Pengendalian Gratifikasi (UPG)
- SPI melakukan audit sesuai Program Kerja Pengawasan Tahunan (PKPT) yang telah ditetapkan

**n. Percepatan Penyelesaian Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP)**

- SPI melakukan pemantauan dan pendampingan untuk mempercepat penyelesaian temuan.

**2. WBK dan WBBM**

Untuk memperoleh predikat sebagai unit kerja yang berkatagori Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK) di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang saat ini dalam

proses pembangunan Zona Integritas menuju Wilayah Bebas dari Korupsi (WBK). Dengan melekatkan indikator pada setiap unit kerja dan sebagian besar sudah terimplementasikan.

#### **D. PROGRAM UNGGULAN**

Program unggulan pelayanan medis adalah Pelayanan Psikogeriatric. Konsep pelayanan ini dibangun untuk dapat mengakomodir kebutuhan kesehatan pasien geriatric secara paripurna, baik dari sisi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Program Promotif menitikberatkan pada upaya membangun kesadaran masyarakat Lansia untuk menjaga kualitas hidup dan kemandiriannya disamping memberikan pengetahuan pada keluarga dan pengasuh untuk dapat lebih memahami dan memfasilitasi kebutuhan keluarga Lansia nya. Program ini terdiri dari beberapa kegiatan diantaranya adalah pembinaan posyandu Lansia dan penyuluhan kesehatan dilingkungan rumah sakit dan diluar rumah sakit.

Program preventif menekankan pada upaya pencegahan dan deteksi dini terhadap permasalahan kesehatan atau kondisi patologis pada Lansia. Program ini melibatkan peran serta masyarakat secara mandiri, karena pembiayaan program ini belum bisa difasilitasi oleh sistem pembiayaan BPJS maupun BPJKD. Sebagai upaya untuk mewujudkan pelayanan yang ramah maka dibuat program kegiatan dengan pembiayaan yang terjangkau. Kegiatan ini berupa medical check up, konseling kesehatan jiwa, day care dan senam Lansia.

Program kuratif dibangun untuk memastikan bahwa penanganan permasalahan kesehatan Lansia dapat dilakukan secara paripurna di RSJ RW. Program ini didukung oleh SDM yang multi disipliner dan kompetensi yang dapat dipertanggungjawabkan bahkan disediakan tenaga konsultan psikogeriatric. Ruang pelayanan untuk Lansia sakit sudah terintegrasi dengan ruang pelayanan umum, memungkinkan Lansia mendapat pelayanan yang spesifik tidak bercampur dengan pasien yang berusia dewasa. Pengembangan program kuratif jugamengakomodir pendekatan tenaga pelayanan melalui program home care dan home visit.

Program rehabilitatif untuk mengupayakan dan meminimalkan terjadinya disabilitas pada pasien Lansia, terutama disabilitas yang bersifat permanen. Program rehabilitatif terdiri dari dua yaitu mental dan fisik. Rehabilitasi mental dilakukan melalui kegiatan psikoterapi dan daycare. Rehabilitasi fisik dilakukan dengan kegiatan fisioterapi.

Untuk menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan pelayanan psikogeriatric bekerjasama dengan institusi diluar negeri melalui program sister hospital. Program ini memerlukan kajian dan koordinasi yang cukup kompleks, namun sejauh ini upaya untuk mewujudkannya masih terus dilakukan.



## BAB VI PENUTUP

### A. KESIMPULAN

Laporan Semester I RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Tahun 2019 merupakan laporan semester 1 terakhir pada periode RSB 2015-2019, yang disusun sebagai penyelesaian tugas, tanggung jawab dan kewajiban untuk pelaksanaan kegiatan dalam program kerja sesuai dengan sasaran strategis, dalam Rencana Bisnis Anggaran tahun 2019. Sistematika penyusunan laporan ini mengacu pada surat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan No. PR.05.04.02/I.1/563/2017 tanggal 31 Januari 2017. Pada tahun 2019 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat telah mencapai akreditasi Internasional dari KARS sebagai tolak ukur dalam memenuhi kualitas pelayanan untuk kepuasan masyarakat dan Keselamatan Pasien kedepan tetap harus dipertahankan budaya kinerja sesuai dengan standar akreditasi.

Seluruh civitas hospitalia RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah bekerja giat untuk meningkatkan inovasi serta produktifitas secara efektif efisien khususnya dalam bidang pelayanan, organisasi, sumber daya manusia, keuangan dan sarana prasarana. Guna mewujudkan hal tersebut diperlukan komitmen dan integritas yang tinggi dari semua pihak melalui berbagai perubahan yang disepakati dan dilaksanakan secara konsisten, sistimatis, terencana dan berkesinambungan.

Sebagian besar indikator kinerja rumah sakit dapat tercapai sesuai target. Ada beberapa hal yang belum tercapai sesuai target, antara lain indikator jam visite dokter spesialis dan target pendapatan rumah sakit. Pengelolaan SDM yang lebih baik dan pengembangan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat merupakan strategi yang akan dilakukan dalam periode selanjutnya. Pengelolaan SDM antara lain adalah optimalisasi tenaga pegawai yang ada, penerapan sistem *reward* and *konsekuensi* melalui penerapan KMK 398/KMK-05/2019 tentang Remunerasi Pejabat Pengelola, Dewan Pengawas dan Pegawai RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, evaluasi penerapan indikator kinerja unit dan indikator kinerja individu, pelaksanaan *capacity building* untuk semua pegawai, dan penerapan manajemen risiko pada pegawai. Hal tersebut diharapkan dapat menguatkan *teamwork*, memberikan motivasi pegawai agar mempunyai kepedulian yang besar terhadap pencapaian indikator kinerja rumah sakit serta memberikan ruang tumbuh bagi pengembangan karir dan profesinya.

Pengembangan pelayanan subspecialistik layanan unggulan psikogeriatri dan layanan subspecialistik lain seperti layanan psikiatri anak remaja dan adiksi, psikiatri forensik, dan perluasan jejaring kerjasama baik kerjasama pelayanan maupun

kerjasama pendidikan dan penelitian merupakan salah satu strategi yang akan diambil dalam upaya peningkatan pendapatan rumah sakit. Upaya promosi dan pemasaran yang masif merupakan strategi yang perlu diutamakan penerapannya, antara lain dengan membentuk tim pemasaran rumah sakit. Penerapan inovasi pelayanan diperlukan untuk menciptakan value baru pelayanan yang berbeda dengan kompetitor. Diharapkan hal tersebut menjadikan daya tarik masyarakat untuk mendapatkan pelayanan di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Penerapan standarisasi rumah sakit internasional diharapkan menjadi salah satu tolok ukur kepastian kualitas pelayanan rumah sakit yang dapat meningkatkan kepercayaan pelanggan dan citra rumah sakit.

Aset rumah sakit yang besar dan masih belum termanfaatkan secara optimal, menjadi tantangan bagi rumah sakit. Langkah awal upaya optimalisasi aset sudah dilakukan melalui kerjasama dengan Lembaga Manajemen Aset Negara (LMAN). Diperlukan *mapping* potensi pemanfaatan aset rumah sakit oleh pihak independen sebagai dasar penerapan manajemen aset yang baik dan dapat dipertanggungjawabkan. Diharapkan dengan manajemen aset rumah sakit yang baik, dapat menjadi salah satu sumber pendapatan BLU Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

## **B. SARAN DAN TINDAK LANJUT**

1. Perlu dilakukan langkah-langkah strategis pada periode selanjutnya agar pencapaian kinerja rumah sakit lebih baik.
2. Perlu dilakukan evaluasi dengan analisis yang mendalam agar dapat diketahui akar permasalahan yang dihadapi agar dapat ditentukan langkah perbaikan yang efektif.
3. Perlu penerapan manajemen risiko yang lebih komprehensif dan terintegrasi sehingga dapat diminimalkan timbulnya masalah-masalah potensial.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**RS JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT**  
Jalan A. Yani Lawang, Kabupaten Malang, Jawa Timur  
(0341) 426015, 429067  
[rsjlawang@yahoo.com](mailto:rsjlawang@yahoo.com)