L A K I P

RS JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

2017

KEMENTERIAN KESEHATAN R I

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jl. A. Yani Lawang 65208

Telp. (0341) 426015, 429067 Fax. (0341) 423785

www.rsjlawang.com

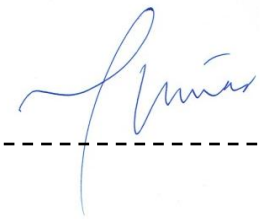
L A K I P 2017
RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI :

1. Direktur Utama
   dr. LAURENTIUS PANGGABEAN, Sp KJ, MKK.
   NIP 19620111989101001

---

2. Direktur Medik dan Keperawatan
   dr. YUNIAR, Sp KJ.
   NIP 196808171996032005



---

3. Direktur SDM dan Pendidikan
   dr. DIDIT ROESONO, SpKJ.
   NIP 196010241989031002

---

4. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum
   NURUL SRI HIDAYATI RINI, SE, MMRS, Ak.
   NIP 196510 2619870 2001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa bahwa Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2017. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2017 ini sebagai tugas, tanggung jawab dan kewajiban sesuai dengan surat Sesditjen Yankes No. PR.05.04/I.1/9052/2017 dan Permen PAN dan RB No. 53 Tahun 2014.

Penyusunan laporan ini sebagai pertanggung jawaban RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang kepada Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dan Direktorat PPK BLU Kementerian Keuangan RI yang diharapkan dapat memberi manfaat sebagai umpan balik untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan. Dengan adanya laporan ini diketahui permasalahan – permasalahan serta cara mengatasinya, keberhasilan – keberhasilan dan cara mempertahankannya serta mengidentifikasi langkah- langkah terobosan dan inovasi untuk peningkatan kinerja dalam tahun tahun berikutnya.

Terima kasih disampaikan kepada seluruh unit kerja yang telah membantu melakukan pengumpulan data, monitoring dan evaluasi validasi data sehingga tersusun “Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2017 “ RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Saran dan masukan yang membangun kami perlukan untuk perbaikan yang akan datang. Semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Lawang, 30 Januari 2018
Direktur Utama,

dr. Laurentius Panggabean, Sp KJ, MKK
NIP 196209111989101001

DAFTAR ISI

Hal

SAMPUL DEPAN i
LEMBAR TELAAH DIREKSI ii
KATA PENGANTAR iii
DAFTAR ISI iv
RINGKASAN EKSEKUTIF v

BAB I . PENDAHULUAN
A. Penjelasan Umum Organisasi 1
B. Permasalahan Utama 3
C. Sistematika Pelaporan 13
BAB II : PERENCANAAN KINERJA
A. Perencanaan Kinerja 15
B. Perjanjian Kinerja 17
BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA
A. Capaian Kinerja Organisasi 25
B. Realisasi Anggaran 103
BAB IV : PENUTUP
A. Kesimpulan 110
B. Langkah – langkah meningkatkan kinerja 114

LAMPIRAN – LAMPIRAN
Perjanjian Kinerja.
SK Tim Evaluasi LAK

RINGKASAN EKSEKUTIF

Dengan pencapaian Lulus Akreditasi Paripurna di penghujung Tahun 2015 dan tetap dipertahankannya pada re visitasi tahun 2016 dan 2017 maka budaya kinerja harus dipertahankan dan ditingkatkan serta seluruh jajaran RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tetap bekerja terus menerus untuk meningkatkan efisiensi dan produktifitas khususnya dalam bidang pelayanan, organisasi dan sumber daya manusia serta Keuangan dan sarana prasarana. Guna mewujudkan hal tersebut diperlukan komitmen dan integritas yang tinggi dari semua pihak melalui berbagai perubahan yang harus diciptakan dan dilaksanakan secara konsisten, sistimatis, terencana dan berkesinambungan.

Secara umum target indikator kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Kerja Tahun 2017 dapat tercapai secara optimal.

Beberapa indikator capaian kinerja dapat disimpulkan sebagai berikut:

Kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan untuk pertumbuhan kunjungan rawat jalan meningkat 109 % dibandingkan dengan tahun lalu. Untuk pertumbuhan kunjungan rawat darurat meningkat 105 %. Sedangkan pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap tercapai 112 %. Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi meningkat 118 % , Pertumbuhan pemeriksaan ECT 113% selama tahun 2017 dengan tambahan ECT premedikasi . Pertumbuhan rehab medik dan mental mencapai 112 %. Dalam hal mendukung JKN untuk penulisan resep sesuai dengan Formularium Nasional 98,6 % sesuai dengan kebijakan dalam pemakaian obat Formularium Nasional . BOR meningkat dari 66,95 % menjadi 76,58% pada tahun 2017 karena pelaksanaan MOU dengan kabupaten/ kota.

Dalam rangka memenuhi mutu layanan dan mutu klinik di masyarakat beberapa indikator sesuai dengan standar Nasional yaitu : Mutu Layanan Emergency Respon Time tercapai 8,9 mnt, waktu tunggu rawat jalan 59,4 mnt dari standar 60 mnt. Length Of Stay masih terlalu lama yaitu 42,91 hari , waktu tunggu sebelum ECT 1 hari sudah memenuhi standar, waktu tunggu Laboratorium 51 mnt sudah cukup terpenuhi. Waktu Tunggu Hasil Radiologi 1,72 jam sudah terpenuhi. Untuk Mutu Klinik angka kematian di Gawat Darurat 0% tercapai, Angka kematian > 48 jam hanya 0 ‰. Tidak ada kematian setelah dilakukan ECT . Angka Infeksi nosokomial untuk luka fixaxi 0 %, dermatomikosis 0,06 %, Scabies 0,11 % dan postural hipotensi 0, % sehingga angka infeksi nosokomial masih dalam kriteria baik (Haper 0,17% dengan skor maksimal 4)

Kinerja Direktorat SDM dan Pendidikan adanya peningkatan jumlah pegawai 2 orang karena pegawai yang pensiun sejumlah 26 orang, pindah keluar 4 orang jadi jumlah total pegawai yang keluar 30 orang, sedangkan jumlah pegawai yang masuk pindahan dari luar sebanyak 3 orang dan yang masuk dari rekruitmen (pegawai kontrak) sejumlah 29 orang jadi jumlah total pegawai yang masuk sebanyak 32 orang. Pada jabatan struktural terdapat kekosongan 2 orang yaitu eselon IIIb karena mengundurkan diri (kembali ke jabatan fungsional tertentu dan umum). Pada jabatan fungsional terdapat penurunan pegawai sejumlah 5 orang karena adanya pembebasan jabatan fungsional. Pada jabatan staff terdapat penurunan dikarenakan adanya pegawai yang pensiun sejumlah 26 orang dan pindah keluar dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang 2 orang. Pada pegawai Non PNS terdapat kenaikan pegawai sejumlah 27 orang dikarenakan adanya rekruitmen pegawai Non PNS sebanyak 29 orang dan keluar dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang 2 orang. Kinerja tetap berjalan dengan dengan melakukan efisiens dan efektifitas pegawai.

Kegiatan pengelolaan kesejahteraan pegawai yang meliputi pengelolaan BPJS, TASPEN, cuti pegawai, uangduka, tali asih, pemeriksaan kesehatanpegawai, uang makan pegawai PNS dan pengelolaan pegawai Non PNS sudah sesuai dengan target.. Terkait pengelolaan cuti pegawai, tercapai sesuai target yang telah di tetapkan, namun dalam pelaksanaanya cuti mengalami perubahan yaitu pada cuti bersama yang telah ditetapkan oleh presiden tidak mengurangi cuti tahunan yang pada tahun sebelumnya mengurangi. Terkait pengelolaan BPJS Kesehatan bagi pegawai non PNS tercapai sesuai target namun ada perubahan dalam pengelolaanya, dimana iuran yang sebelumnya dibiayai oleh pusat (rupiah murni sebanyak 41 orang) mulai bulan januari tahun 2017 dibiayai oleh Pendapatan Rumah Sakit.

Kegiatan penatausahaan pegawai pada tahun 2017 sejumlah 10 kegiatan yang meliputi: pengusulan KARIS/KARSU, pengusulan KARPEG, pembuatan surat tugas, pembuatan Surat Keputusan DIRUT, mengagendakan surat, administrasi kepegawaian lainnya, meng-update SIMKA online, merekap data ketenagaan bulanan, pengusulan kenaikan gaji berkala dan meng-update dan membuat DUK semua kegiatan tercapai sesuai target yang di tetapkan, namun terkait dengan Update SIMKA terdapat kendala kurangnya data pendukung dalam Update SIMKA karena pegawai tidak melapor jika terjadi perubahan data dikarenakan pegawai kurang memahami kepentingan Update SIMKA.. Pelaksanaan survei penilaian budaya kerja pegawai telah terlaksana walaupun dalam pelaksanaanya mengalami kendala dalam hal pemahaman indikator penilaiannya.

Program di Bagian Diklit untuk pertumbuhan peserta didik Kedokteran tahun 2017 mengalami kenaikan mencapai 112%., Layanan praktikan mahasiswa S1 psikologi meningkat mencapai 111 % . Rata - rata jam pelatihan karyawan 1,44 jam

.Penyelenggaraan pelatihan dodiknis dan CI yang dilaksanakan bekerjasama dengan institusi pasangan.Penelitian yang dipubllikasikan tercapai 2 penelitian karena ada kerjasama penelitian dengan peneliti dari luar. Capaian pelayanan magang tahun 2017 tercapai 216% dikarenakan pengiriman peserta magang dari kabupaten / kota yang akan membuka layanan kesehatan jiwa terbatas. Capaian layanan studi banding tahun 2017 meningkat sebesar 300 % dikarenakan ada kebutuhan institusi akan Akreditasi RS , Akreditasi RS Pendidikan dan layanan unggulan psikogeriatri. Layanan kunjungan tahun 2017 tercapai sebesar 133,82% dikarenakan ada beberapa institusi yang telah bekerja sama dengan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat untuk praktik kerja lapangan juga rutin mengirimkan mahasiswanya untuk kunjungan terlebih dahulu

Survey Kepuasan peserta didik tercapai 87,35% disebabkan perbaikan layanan pendidikan meski masih ada beberapa keluhan dan saran yang perlu dipertimbangkan. Visitasi Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Afiliasi sudah dilaksanakan ditahun 2017 dengan MoU tripartite yang mengacu pada PP No 93 tahun 2015, antara FK UWKS dan RSUD Sidoarjo dengan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Kinerja Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum sesuai indikator Tingkat Kesehatan BLU berdasarkan Perdirjen PB No. 36 Tahun 2016 dan ditetapkan dalam Target Kinerja dalam Rencana Kerja Tahun 2017. Target penetapan kinerja/ Tapja tahun 2017 diusulkan pada bulan Januari 2017 sebesar **84,55%**. Adapun realisasinya pada Tahun 2017 tercapai **87,02 (kategori BAIK AA)** sehingga target tercapai dengan rincian aspek keuangan tercapai 23,25 dan aspek pelayanan tercapai 63,77.

Pencapaian Indikator Kinerja Utama Direktur Utama selama Tahun 2017 dengan jumlah terkecil 87 skor 1,75 dan tertinggi 96,25 dengan skor 2 dengan rata – rata nilai indikator 1,75 - 2 . Sedangkan untuk Indikator Kinerja Terpilih tercapai rata – rata pencapaian index 1,07 dengan Nilai IKI : $\pm$ 1,7.

Realisasi belanja pegawai pada tahun 2017 sebesar Rp. 47.016.818.746, turun sebesar 2,58%. Realisasi Belanja Barang pada tahun 2017 sebesar Rp. 64.865.777.219, naik sebesar 11,61%. Realisasi honor operasional satuan kerja pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 75.500.000 atau sebesar 24,15% . Belanja Barang untuk Persediaan Barang Konsumsi pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 99.150.525 atau sebesar 18,49%. Belanja Langganan Listrik pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 39.377.440 atau sebesar 4,22% .Realisasi Belanja langganan Telepon pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 4.606.646 atau sebesar 10,91% .. Realisasi langganan air pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 2.312.000 atau sebesar 6,29%. Realisasi langganan daya dan jasa lainnya pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 35.666.672 atau sebesar

23,52% . Realisasi pemeliharaan gedung dan bangunan tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 1.074.541.137. Realisasi belanja pengadaan bahan makan pasien meningkat disebabkan oleh kenaikan harga dan jumlah layanan makanan pasien. Pembayaran gaji pegawai BLU dan non PNS melalui anggaran BLU karena pada tahun 2017 tidak lagi dibayarkan melalui anggaran RM. Realisasi Belanja Modal pada tahun 2017 sebesar Rp. 16.142.533.259 naik 3.82%.

Pengadaan peralatan dan mesin tahun 2017 dilakukan antara lain untuk melengkapi kebutuhan AC yang belum tersedia maupun yang rusak di Rawat jalan, penggantian alat-alat gizi dan IPSRS yang rusak, pengadaan komputer di ruang rawat inap untuk pengembangan SIRS, pengadaan inventory farmasi untuk pengelolaan persediaan farmasi karena aplikasi yang lama sudah tidak memadai, pengadaan lift untuk menunjang kelancaran pelaksanaan tugas, serta pengadaan alat-alat RT lainnya untuk menunjang pelayanan, pengadaan mesin cuci, mesin pengering, pump laundry, perlengkapan ruang tindakan, Genset, ATS, dan ICA Stabilizer .Pengadaan alkes pada tahun 2017 untuk mengganti beberapa alkes yang telah rusak di klinik gigi, fisioterapi, laboratorium, penambahan alat untuk layanan radiologi, daycare psikogeriatri, klinik nyeri, dan melengkapi kakurangan alat di ruang tindakan sesuai standar dan kekurangan alat di IGD, Ranap, Rajal. Pengadaan masterplan pada tahun 2017 diperlukan untuk menetapkan pedoman pengembangan unit bisnis di RSJ Dr. Radjiman W. Lawang selama 5 tahun kedepan. Belanja modal gedung dan bangunan pada tahun 2017 berupa rehab berat gedung pelayanan, pembangunan pagar rawat inap, pembangunan pembatas wilayah. Realisasi belanja modal fisik lainnya pada tahun 2017 berupa pembangunan jalan aspal lingkungan RSJ Dr. Radjiman W. Lawang.

Dilakukan reskonsiliasi sarana prasarana yaitu Barang Milik Negara/ BMN secara berkala dengan aplikasi SIMAK-BMN / SIMAN dan SAIBA Rekonsiliasi realisasi anggaran setiap bulan dan setiap tri wulan baik secara internal maupun dengan KPPN Malang. Dilakukan audit secara internal oleh SPI dan dengan KAP dengan hasil penilaian WTP untuk pelaporan yang sudah berjalan. Pemanfaatan teknologi Informasi dalam setiap kegiatan pelayanan keuangan, pelayanan pengadaan Barang dan Jasa dan juga untuk kegiatan di bawah Direktorat keuangan dan Administrasi Umum.

Untuk mewujudkan pelayanan prima dan kepuasan pelanggan telah dilaksanakan survei kepuasan pelanggan IKM dengan nilai 82,2 **(kategori BAIK).** Dari total 208 penanganan komplain yang masuk telah dapat direspon seluruhnya. Walaupun tidak semua komplain dapat ditangani dengan segera terutama yang berkaitan dengan sarana prasarana.Budaya kinerja harus tetap dipertahankan dan lebih ditingkatkan lagi untuk mempertahankan AKREDITASI PARIPURNA yang telah dicapai.

BAB I
PENDAHULUAN

A. PENJELASAN UMUM ORGANISASI

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

Peningkatan kinerja pelayanan juga dipersyaratkan untuk memenuhi azas kepastian hukum, tertib penyelenggaraan negara, kepentingan umum, keterbukaan, proporsionalitas, dan akuntabilitas yang diwujudkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja tahun 2017 mengacu kepada Rencana Strategis Bisnis (RSB 2015-2019). Azas akuntabilitas adalah azas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi organisasi harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan petunjuk teknis penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja.

Tercapainya Lulus Akreditasi Paripurna oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit pada 21 Desember 2015 sesuai sertifikat Nomor KARS-SERT/180/XII/2015 dan telah dipertahankan dengan dilakukannya re-visitasi ke dua pada tahun 2017 serta tetap tersertifikasi ISO 9001 – 2008 adalah bagian dan upaya RS Jiwa Dr. RadjimanWediodiningrat Lawang untuk senantiasa mempertahankan dan meningkatkan kinerja pelayanan.

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 ;

c. Pelayanan keperawatan;
d. Pelayanan rujukan;
e. Pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit;
f. Pelayanan administrasi dan keuangan;
g. Pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan;
h. Penelitian dan pengembangan;
i. Jasa lain sesuai kebutuhan.

Dengan tersusunnya Laporan Akuntabilitas Kinerja 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.
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 deversifikasi dan intensifikasi jenis pelayanan sesuai dengan daya tarik / peluang pasar sesuai hasil pemetaan bisnis 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.

Adapun dasar hukum sebagai acuan penyusunan laporan akuntabilitas kinerja ini adalah sebagai berikut:

1. UU No. 28 Th 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme;
2. Inpres No. 7 Th 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Peraturan Menteri PAN dan RB No. 29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
4. Peraturan Menteri PAN dan RB No. 35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
5. Peraturan Menkes RI No. 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
6. Peraturan MenPAN dan RB No. 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. Surat Sekretaris Ditjen Pelayanan Kesehatan Nomor PR.05.04/I.1/9052/2017 tanggal 21 nopember 2017 tentang penyampaian perjanjian kinerja Tahun 2018 dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2017.

Maksud penyusunan laporan 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 Akuntabilitas Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2017 juga dimaksudkan agar sesuai peraturan perundang-undangan dan disampaikan tepat waktu.

Tujuan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja adalah:

1. Untuk mengetahui capaian kinerja sesuai dengan indikator program yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis / RSB tahun 2015-2019 dan RBA tahun 2017.
2. Untuk mengetahui keberhasilan program yang telah ditetapkan
3. Untuk mengetahui beberapa hambatan dan kegagalan dalam mencapai target yang telah ditetapkan
4. Untuk menentukan langkah terobosan dan tindak lanjut penyelesaian masalah.
5. Untuk mewujudkan pelayanan prima, kepuasan pelanggan dan perbaikan yang berkesinambungan sesuai dengan visi dan misi organisasi.

B. PERMASALAHAN UTAMA (*STRATEGIC ISSUED*)

Tahun 2017 adalah tahun ketiga dari RSB RSJRW tahun 2015 – 2019. Berdasarkan program kerja dalam Rencana Kinerja Tahun 2017 terdapat beberapa program yang perlu diupayakan peningkatan pelaksanaannya melalui beberapa strategi yang telah ditetapkan dalam RBA Tahun 2017.

1). Permasalahan Utama Tahun 2017

Permasalahan dan hambatan yang dijumpai, antara lain :

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

1) Penataan sistem rujukan berjenjang pasien JKN memberikan konsekuensi pada batasan pasien yang dapat dirujuk dan dirawat di rumah sakit dengan status PPK tingkat III terutama untuk kasus gigi dan mulut serta penyakit fisik lain.
2) Pemenuhan kebutuhan SDM yang berbasis analisis beban kerja dan mutu pelayanan di beberapa unit kerja belum optimal.
3) Saat ini Klinik Psikiatri Anak Dan Remaja dilayani oleh 3 orang Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Konsultan kontrak. Pengunjung klinik tersebut mempunyai kecenderungan untuk memilih salah satu diantara ketiga orang dokter tersebut, sehingga apabila pada hari yang dijadwalkan dokter tersebut digantikan oleh dokter yang lain, maka pengunjung membatalkan kunjungannya.
4) Alat medis dan sarana prasarana penunjang pelayanan belum dapat dapat dimaksimalkan penggunaannya karena adanya kerusakan yang sulit diperbaiki

maupun perencanaan penempatan yang kurang optimal sehingga mempengaruhi mutu pelayanan.

5) Kurang optimalnya pencapaian program daycare psikogeriatri di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Kendala terutama berkaitan dengan aksesibilitas .
6) Program yang dilaksanakan di Instalasi Rehabilitasi Psikososial belum mampu memberikan ketrampilan vokasional yang dapat dipergunakan oleh rehabilitan untuk melanjutkan livelihood di masyarakat pasca perawatan di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
7) Setelah dilakukan penambahan kapasitas rawat inap Instalasi Rehabilitasi ketergantungan Napza sampai dengan 70 tempat tidur untuk mengantisipasi rujukan pasien dari BNN, ternyata ada perubahan kebijakan di BNN dimana untuk penanganan pecandu narkoba fokusnya bukan lagi pada jumlah pasien yang direhabilitasi seperti pada tahun 2016 namun pada kualitasnya.

2. Direktorat Sumber Daya Manusia dan Pendidikan

Berdasarkan program kerja Direktorat Sumber Daya Manusia tahun 2017 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 2017 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 2017 tidak ada, namun pada akhir tahun 2017 pemerintah membuka formasi CPNS tetapi jumlah formasinya belum sesuai usulan ABK.
2) Implementasi dan evaluasi budaya kerja di RSJ RW belum optimal
3) Belum semua pejabat struktural yang menduduki jabatan mendapatkan diklat Pimpinan dan adanya pengnduran diri pejabat eselon III yang telah dipromosikan, Kabid Medik
4) Kondisi alokasi anggaran belanja pegawai RSJ RW yang masih terbatas untuk memenuhi pemberian remunerasi pegawai sesuai dengan nilai yang ditetapkan pada tunjangan kinerja (tukin), dikarenakan pendapatan rumah sakit yang masih rendah.

5) Adanya usulan DUPAK jabatan fungsional perawat jenjang madya yang Tim penilainya berada di pusat.
6) Adanya kendala dalam proses penerbitan surat tugas belajar dan ijin belajar pada sejumlah pegawai memerlukan koordinasi lebih lanjut dengan Kementerian Kesehatan
7) Proses penerbitan surat tugas belajar bagi dokter PPDS yang menjalani tugas belajar dengan biaya mandiri dan RS masih memerlukan koordinasi lebih lanjut dengan Badan PPSDM Kementerian Kesehatan untuk penerbitan SK nya.
8) Masih adanya keterlambatan pemutusan tunjangan fungsional pada peserta tugas belajar pembiayaan PPSDM Kemenkes
9) Penyesuaian tarif layanan pendidikan dan penelitian yang memerlukan waktu pada perhitungan unit cost dan koordinasi lintas direktorat berdampak pada capaian pendapatan di awal semester
10) Rencana *zoning* asrama untuk memusatkan kegiatan dalam satu area dan perbaikan sarana prasarana untuk asrama mahasiswa praktek yang masih memerlukan pembahasan lebih lanjut berdampak pada jumlah mahasiswa yang akan praktek
11) Kurangnya minat pegawai melakukan penelitian lebih banyak disebabkan kesibukan pegawai di unit kerja masing-masing
12) Pembentukan tim laik etik penelitian kesehatan masih terkendala kegiatan pelatihan Good Clinical Practice yang belum terselenggara
13) Pengembangan sarana prasarana museum masih terbatas

3. Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

Permasalahan umum di Bagian Keuangan dan Administrasi Umum adalah :

1) Kondisi bangunan banyak rusak karena usia bangunan sudah lama/sudah tua dan luasnya area wilayah rumah sakit, sehingga untuk pemeliharaan dan rehabilitasi gedung/bangunan diperlukan biaya yang sangat besar, sedangkan alternatif pembiayaan sangat terbatas maka perlu prioritaskan pelaksanaan rehabilitasinya serta disesuaikan peruntukkannya terutama untuk pengembangan pelayanan medik, penunjang medik maupun keperawatan.
2) Proses penghapusan barang dan gedung birokrasinya panjang sehingga memperlambat kegiatan pengembangan selanjutnya. Sudah dilakukan inventarisasi gedung , barang dan alat kesehatan yang akan diusulkan penghapusan.

3) Proses perijinan masih mengalami kendala dalam koordinasi dengan dinas perijinan setempat. Proses perijinan yang belum selesai pada tahun 2017 adalah perijinan Hidrant dan incinerator.
4) Fasilitas asrama mahasiswa masih terpencar, tidak terlokalisir menjadi satu dan lokasinya ada di wilayah ruang rawat inap, sehingga perlu dilakukan pemetaan ulang agar lokasi asrama mahasiswa menjadi satu area.
5) Terbatasnya anggaran untuk pengembangan pelayanan sehingga kegiatan tidak bisa dilakukan secara optimal.
6) Usulan Rencana Bisnis Anggaran dari unit kerja masih kurang maksimal , terlambat penyampaiannya, dan beberapa data dukung tidak lengkap
7) Adanya keterlambatan proses revisi anggaran sehingga menghambat pelaksanaan pembayaran kepada pihak ke tiga, karena revisi menggunakan single system
8) Beberapa sarana prasarana baik alat medik maupun non medik yang sudah berusia lebih dari 10 tahun menjadi kurang optimal pemanfaatanya
9) Sumber dana investasi dari pendapatan BLU belum cukup untuk memenuhi kebutuhan pengembangan Rumah Sakit.
10) Target yang telah ditetapkan dalam RBA tidak seluruhnya dapat tercapai, hal ini antara lain disebabkan karena penetapan target kurang realistis.
11) Sistem perencanaan dan pengawasan yang kurang optimal karena masih manual dan kurangnya tenaga SDM sehingga menghambat proses pengadaan Barang Jasa dan penyerapan anggaran

2). Kondisi Badan Layanan Umum Tahun 2017.

a. Kelembagaan.

Struktur Organisasi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Nomor: SK Menkes 254/Menkes/Per/III/2008 pada Maret 2008 tentang Organisasi Dan Tata 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. Laurentius Panggabean, Sp.KJ, MKK
Direktur Medik dan Keperawatan : dr. Yuniar , Sp. KJ
Direktur SDM dan Pendidikan : dr. Didid Roesono, Sp. KJ
Direktur Keuangan dan Administrasi Umum: NS Hidayati Rini, SE. MMRS. Ak

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 Penjamin Mutu serta seluruh jajaran struktural dan fungsional terkait .

Tahun 2017 terjadi kekosongan jabatan yaitu :Kepala Bidang Medik, Kepala Bagian Diklit dikarenakan mengundurkan diri, sehingga pada akhir tahun 2017 ada 2 jabatan struktural yang masih kosong.

b. Sumber Daya Manusia

Keadaan Sumber Daya Manusia di RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang pada tahun 2017 dapat digambarkan sebagai berikut :

Keadaan Ketenagaan Akhir Desember 2017

NO	URAIAN		TAHUN 2016	TAHUN 2017
A	MENURUT JABATAN			
	1	STRUKTURAL		
		Eselon I	0	0
		Eselon II	1	1
		Eselon III a	3	3
		Eselon III b	6	4
		Eselon IV	14	13
	2	FUNGSIONAL	515	510
	3	STAFF	179	161
		JUMLAH	**718**	**693**
		NON PNS	119	146
		JUMLAH	**837**	**839**
B	MENURUT GOLONGAN			
		Golongan IV	67	80
		Golongan III	509	489
		Golongan II	140	123
		Golongan I	2	1
		JUMLAH	**718**	**693**
		NON PNS	119	146
		JUMLAH	**837**	**839**
C	MENURUT PENDIDIKAN			
		S3	0	0
		S2	48	40
		S1	195	224
		D.IV	36	36
		D.III	275	344
		Akademi		
		D.I	2	5
		SLTA	157	186
		SLTP	3	3
		SD	2	1
		JUMLAH PNS	**718**	**693**
		NON PNS	119	146
JUMLAH			**837**	**839**

Analisis efisiensi SDM

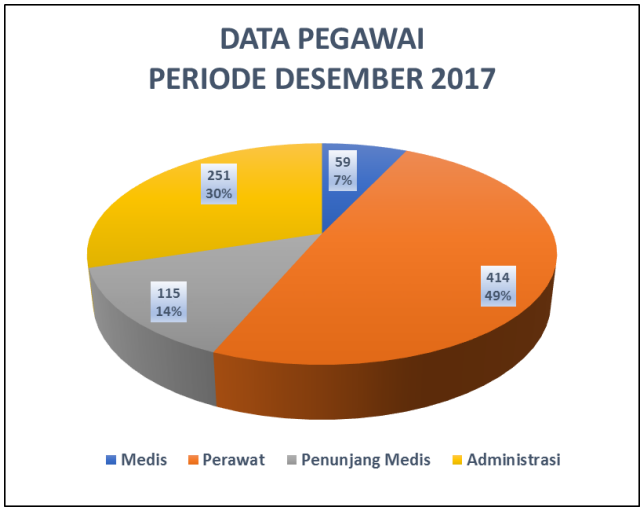
Dilihat dari data Ketenagaan pada tahun 2016 dan 2017, bahwa :

1. Peningkatan jumlah pegawai 2 orang dikarenakan adanya pegawai yang pensiun sejumlah 26 orang, pindah keluar 4 orang jadi jumlah total pegawai yang keluar 30 orang, sedangkan jumlah pegawai yang masuk pindahan dari luar sebanyak 3 orang dan yang masuk dari rekruitmen (pegawai kontrak) sejumlah 29 orang jadi jumlah total pegawai yang masuk sebanyak 32 orang.
2. Pada jabatan struktural terdapat kekosongan 2 orang yaitu eselon IIIb karena mengundurkan diri (kembali ke jabatan fungsional tertentu dan umum)
3. Pada jabatan fungsional terdapat penurunan pegawai sejumlah 5 orang karena adanya pembebasan jabatan fungsional.
4. Pada jabatan staff terdapat penurunan dikarenakan adanya pegawai yang pensiun sejumlah 26 orang dan pindah keluar dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang 2 orang.
5. Pada pegawai Non PNS terdapat kenaikan pegawai sejumlah 27 orang dikarenakan adanya rekruitmen pegawai Non PNS sebanyak 29 orang dan keluar dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang 2 orang

Jumlah pegawai Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman W.Lawang akhir Tahun 2017

NO.	JENIS TENAGA	PERIODE AKHIR DESEMBER 2016			PERIODE AKHIR DESEMBER 2017		
		PNS	NON PNS/KONTRAK	JUMLAH	PNS	NON PNS/KONTRAK	JUMLAH
1.	Medis	54	6	60	51	8	59
2.	Perawat	365	48	413	354	60	414
3.	Penunjang Medis	97	9	106	100	15	115
4.	Administrasi	202	56	258	188	63	251
Jumlah		**718**	**119**	**837**	**693**	**146**	**839**

Data KetenagaanRSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang



c. Sarana dan Prasarana

Uraian tentang sarana prasarana berupa neraca BMN seperti dalam tabel berikut:

Laporan Posisi Barang Milik Negara
(Menurut SIMAK BMN - Per tanggal 31 Desember 2017)

a	**BMN INTRAKOMTABEL**			
	POSISI AWAL (01 JANUARI 2017)	:	Rp	240.341.314.923
	PENAMBAHAN	:	Rp	17.538.939.119
	PENGURANGAN	:	Rp	4.334.479.720
	POSISI AKHIR (31 DESEMBER 2017)	:	Rp	253.545.774.322
b	**BMN EKSTRA KOMTABEL**			
	POSISI AWAL (01 JANUARI 2017)	:	Rp	271.996.552
	PENAMBAHAN	:	Rp	127.249.054
	PENGURANGAN	:	Rp	257.123.808
	POSISI AKHIR (31 DESEMBER 2017)	:	Rp	142.121.798
c	**BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA**			
	POSISI AWAL (01 JANUARI 2017)	:	Rp	240.613.311.475
	PENAMBAHAN	:	Rp	17.666.188.173
	PENGURANGAN	:	Rp	4.591.603.528
	POSISI AKHIR (31 DESEMBER 2017)	:	Rp	253.687.896.120
d	**BMN ASET TAK BERWUJUD**			
	POSISI AWAL (01 JANUARI 2017)	:	Rp	144.064.000
	PENAMBAHAN	:	Rp	89.745.000
	PENGURANGAN	:	Rp	-
	POSISI AKHIR (31 DESEMBER 2017)	:	Rp	233.809.000
e	**KONSTRUKSI DALAM PENGERJAAN**			
	POSISI AWAL (01 JANUARI 2017)	:	Rp	-
	PENAMBAHAN	:	Rp	4.536.983.440
	PENGURANGAN	:	Rp	4.094.126.440
	POSISI AKHIR (31 DESEMBER 2017)	:	Rp	442.857.000
f	**PERSEDIAAN**			
	POSISI AWAL (01 JANUARI 2017)	:	Rp	4.768.755.865
	MUTASI	:	Rp	(2.195.620.150)
	POSISI AKHIR (31 DESEMBER 2017)	:	Rp	2.573.135.715

Laporan Posisi Barang Milik Negara di Neraca Tahun 2017
(Menurut SIMAK BMN - Per tanggal 31 Desember 2017)

Akun Neraca		Jumlah
Kode	**Uraian**	
115111	Barang Konsumsi	682.754.613
115113	Bahan untuk pemeliharaan	233.441.699
117131	Bahan Baku	53.175.825
115191	Persediaan untuk tujuan strategis/ berjaga – jaga	-
117199	Persediaan Lainnya	1.603.772.578
131111	Tanah	81.293.100.000
131311	Peralatan dan Mesin	84.858.338.412
131511	Gedung dan Bangunan	79.136.715.406
131711	Jalan dan Jembatan	3.042.790.508
131712	Irigasi	1.852.198.030
131713	Jaringan	3.023.320.966
131921	Aset tetap lainnya	329.109.000
136111	Konstruksi Dalam Pengerjaan	442.857.000
162151	Software	233.809.000
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	10.202.000
JUMLAH		**256.795.576.037**

d. Dana

Pada bagian ini membahas sumber dana baik yang berasal dari rupiah murni, pendapatan BLU yang dijabarkan dalam tabel berikut:

Alokasi Anggaran satker RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang pada tahun 2017 sesuai DIPA Nomor : SP DIPA-024.04.2.415598/2017 dengan pagu awal sebesar Rp.141.927.655.000 terbagi dari sumber dana Rupiah Murni sebesar Rp. 87.984.655.000 dan dari sumber dana BLU sebesar Rp. 53.943.000.000. Pada Bulan Juli 2017 sesuai surat ada penambahan dari anggaran refocusing sejumlah Rp. 5.525.860.000 sehingga pagu terakhir menjadi sejumlah Rp. 145.667.399.000 terbagi dari sumber dana Rupiah Murni Rp. 91.724.399.000 dan dari sumber dana BLU sebesar Rp. 53.943.000.000 dengan perincian sebagai berikut :

a. Anggaran Rupiah Murni

KODE	URAIAN	PAGU		PAGU TERAKHIR
		DIPA AWAL	REVISI - I	REVISI - VII
1	2	3	3	3
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	4.373.866.000	4.373.866.000	4.373.866.000
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	4.373.866.000	4.373.866.000	4.373.866.000
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	4.373.866.000	3.851.016.000	3.851.016.000
534111	Belanja Modal Jalan dan Jembatan	-	522.850.000	522.850.000
2094.507	Sarana dan Prasarana	-	-	5.138.873.000
051	Pengadaan Sarana dan Prasarana	-	-	5.138.873.000
532111	Belanja Modal Peralatan dan Mesin			5.138.873.000
2094.994	Layanan Perkantoran	48.870.718.000	48.870.718.000	48.870.718.000
001	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	48.870.718.000	48.870.718.000	48.870.718.000
A	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	48.870.718.000	48.870.718.000	48.870.718.000
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	33.561.309.000	33.561.309.000	33.500.829.000
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	529.000	529.000	529.000
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.341.839.000	2.341.839.000	2.341.839.000
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	645.169.000	645.169.000	645.169.000
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	259.630.000	259.630.000	259.630.000
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.337.180.000	3.337.180.000	3.337.180.000
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	295.526.000	295.526.000	295.526.000
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.820.480.000	1.820.480.000	1.820.480.000
511129	Belanja Uang Makan PNS	5.730.316.000	5.730.316.000	5.730.316.000
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	80.500.000	80.500.000	80.500.000
511147	Belanja Tunjangan Lain-lain termasuk uang duka PNS Dalam dan Luar Negeri			-
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	507.360.000	507.360.000	507.360.000
511511	Belanja Gaji Pokok Pegawai Non PNS			-
512211	Belanja uang lembur	290.880.000	290.880.000	351.360.000
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	8.800.000.000	8.800.000.000	7.798.886.000
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	3.846.596.000	3.846.596.000	3.564.001.000
521114	Belanja pengiriman surat dinas pos pusat	31.680.000	31.680.000	31.680.000
521115	Honor Operasional Satuan Kerja	442.440.000	442.440.000	442.440.000
521219	Belanja Barang Non Operasional Lainnya	409.494.000	409.494.000	-
521811	Belanja Barang Untuk Persediaan Barang Konsumsi	542.917.000	545.257.000	710.197.000
522111	Belanja Langganan Listrik	1.051.200.000	1.000.008.000	1.000.008.000
522112	Belanja Langganan Telepon	66.000.000	60.000.000	57.900.000
522113	Belanja Langganan Air	36.399.000	36.999.000	39.099.000
522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	149.244.000	203.496.000	203.495.000
523111	Belanja Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	2.224.030.000	2.224.030.000	1.750.066.000
2094.509	Layanan Operasional RS			14.715.287.000
005	Dukungan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi Unit	16.041.656.000	16.041.656.000	14.715.287.000
521112	Belanja Pengadaan Bahan Makanan	11.490.914.000	11.490.914.000	10.184.552.000
521119	Belanja Barang Operasional	4.550.742.000	4.550.742.000	4.530.735.000
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	8.526.140.000	8.526.140.000	9.513.141.000
005	Dukungan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi Unit	8.526.140.000	8.526.140.000	9.513.141.000
521119	Belanja Barang Operasional	8.526.140.000	8.526.140.000	9.513.141.000
521119-Frm	Belanja Barang Operasional	8.526.140.000	8.526.140.000	9.513.141.000
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	1.372.275.000	1.372.275.000	1.313.628.000
011	Layanan Internal Organisasi	1.372.275.000	1.372.275.000	1.313.628.000
521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1.372.275.000	1.372.275.000	1.313.628.000
	Jumlah	**87.984.655.000**	**87.984.655.000**	**91.724.399.000**

b. Anggaran BLU

KODE	URAIAN	PAGU		PAGU TERAKHIR
		DIPA AWAL	REVISI - I	REVISI - VII
1	2	3	3	3
BLU				
2094.507	Sarana dan Prasarana	3.779.202.000	3.779.202.000	3.378.902.000
051	Pengadaan Sarana dan Prasarana	3.779.202.000	3.779.202.000	3.378.902.000
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	3.779.202.000	3.072.502.000	3.072.502.000
537112-507	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	-	706.700.000	3.072.502.000
537115	Belanja Modal dan Fisik Lainnya	-	706.700.000	306.400.000
2094.508	Alat Kesehatan	4.231.979.000	4.231.979.000	4.231.979.000
051	Pengadaan Alat Kesehatan	4.231.979.000	4.231.979.000	4.231.979.000
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	4.231.979.000	4.231.979.000	4.231.979.000
537112-508	Belanja Modal Peralatan dan Mesin			4.231.979.000
2094.509	Layanan Operasional RS	41.434.771.000	41.034.771.000	41.435.071.000
051	Pembayaran Remunerasi	31.548.830.000	31.446.360.000	31.591.560.000
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	30.208.080.000	30.208.080.000	30.208.080.000
525112	Belanja Barang	610.750.000	210.750.000	210.750.000
525113	Belanja Jasa	730.000.000	1.027.530.000	1.172.730.000
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	9.885.941.000	9.588.411.000	9.843.511.000
525114	Belanja Pemeliharaan	9.654.761.000	9.357.231.000	9.612.331.000
525119	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	231.180.000	231.180.000	231.180.000
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	402.828.000	402.828.000	402.828.000
011	Layanan Internal Organisasi	402.828.000	402.828.000	402.828.000
525115	Belanja Perjalanan	402.828.000	402.828.000	402.828.000
2094.509	Layanan Operasional RS	4.094.220.000	4.494.220.000	4.494.220.000
005	Dukungan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi Unit	4.094.220.000	4.494.220.000	4.494.220.000
525119	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	4.094.220.000	4.494.220.000	4.494.220.000
		53.943.000.000	**53.943.000.000**	**53.943.000.000**

C. SISTEMATIKA LAPORAN

Sistematika Laporan Akuntabilitas Kinerja RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah sebagai berikut:

1. IKHTISAR EKSEKUTIF

Bagian ini berisi rangkuman isi LAK RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2017 berupa tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam renstra dan sejauh mana pencapaiannya selama tahun 2017 berikut Analisis keberhasilan dan kegagalan.

2. BAB I: PENDAHULUAN

Dalam bab ini diuraikan mengenai penjelasan umum organisasi dan aspek strategis organisasi serta permasalahan utama yang sedang dihadapi organisasi yang terbagi dalam beberapa sub bab, yaitu:

A. Penjelasan Umum Organisasi

Berisi mengenai penjelasan umum organisasi, manfaat dan dasar hukum serta tugas pokok dan fungsi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

B. Permasalahan Utama / *Strategic Issued*

Berisi permasalahan dan kondisi Badan Layanan Umum RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2017.

D. Sistematika Penulisan

Berisi sistematika penulisan dalam Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

3. BAB II: PERENCANAAN KINERJA

Dalam bab ini diikhtisarkan beberapa hal penting dalam perencanaan dan perjanjian kinerja tahun 2017, meliputi gambaran singkat sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan sasaran pada tahun 2017, penguraian indikator dan target untuk mengukur kinerja selama tahun 2017. Bab ini terbagi menjadi 2 (dua) Sub Bab, yaitu:

A. Perencanaan Kinerja tahun 2017.

B. Perjanjian Kinerja tahun 2017.

4. BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Bab ini juga menjelaskan bahwa pengukuran Kinerja dilakukan dengan membandingkan :

1. Capaian target dan Realisasi Kinerja tahun 2017.
2. Capaian kinerja dengan target, antara tahun 2017 dan Tahun 2016.
3. Realisasi kinerja tahun 2017 dan jangka menengah sesuai RSB 2015 – 2019.
4. Kinerja Tahun 2017 dengan standart Nasional.
5. Analisisi penyebab kegagalan, keberhasilan, penurunan, peningkatan dan alternatif solusi yang dilakukan.
6. Analisis efisiensi SDM
7. Analisis program yang menunjang keberhasilan

B. Realisasi Anggaran

Dalam bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen perjanjian kinerja Tahun 2017.Realisasi sesuai dengan Indikator Kinerja kegiatan dan sesuai dengan Mata Anggaran.

5. BAB IV : PENUTUP

Bab ini mengurai kesimpulan umum atas capaian Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2017 dan rencana tindak lanjut serta rekomendasi untuk meningkatkan kinerja tahun berikutnya

6. LAMPIRAN – LAMPIRAN

Berisi perjanjian Kinerja Tahun 2017, SK Tim LAK, data-data dan aspek-aspek pendukung Laporan Akuntabilitas Kinerja RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2017.

BAB II
PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN KINERJA

Target kinerja Tahun 2017 didasarkan atas perhitungan Analisis Diagram Kartesius prioritas dimana posisi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berada pada Kuadran II, yang mengindikasikan bahwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mempunyai posisi bersaing dengan kondisi kelemahan lebih menonjol daripada kekuatan organisasinya, namun mempunyai nilai peluang usaha yang masih lebih tinggi dari ancamannya. Tahun 2017 adalah tahun ketiga didalam Rencana Strategis Bisnis/ RSB 2015 – 2019 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Dengan demikian arah pengembangannya di masa depan untuk memfokuskan pada penguatan mutu kelembagaannya dalam meningkatkan pelayanan untuk mencapai sasaran sesuai dengan Visi , Misi dan tujuan yang telah ditetapkan, yaitu :

VISI : Menjadi Rumah Sakit pusat rujukan Nasional Psikogeriatri pada tahun 2019

MISI :

1. Mengembangkan RS pusat rujukan Nasional dalam pelayanan kesehatan Jiwa yang prima dengan unggulan usia lanjut
2. Mewujudkan sistem manajemen RS yang menjamin kepastian hukum secara efektif, efisien, transparan, akuntabel dan responsif dalam menjawab tuntutan masyarakat.
3. Mengembangkan pendidikan, pelatihan dan penelitian yang terintegrasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
4. Meningkatkan upaya penanggulangan masalah psikososial di masyarakat dan mengembangkan jejaring pelayanan kesehatan jiwa.

Perencanaan dengan menetapkan target indikator kinerja dalam program strategis dan program kerja pada tahun 2017 sebagai berikut :

1). Penetapan Indikator sesuai RSB tahun 2015 – 2019 adalah sebagai berikut :

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET
Perspektif Stakeholder				
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 %

Perspektif Proses Bisnis				
2	Terwujudnya Pelayanan yang Berkualitas.	6	Terakreditasi Nasional Paripurna	Pelaksanaan surveilance ISO 9001:2008 dan surveilance akreditasi
3	Terwujudnya Inovasi pelayanan berbasis RS dan komunitas	7	Jumlah pengembangan jenis layanan psikogeriatri berbasis RS	4
		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	2
		10	Jumlah Institusi Jejaring Pendidikan Psikogeriatri	1
		11	Jumlah Institusi Jejaring Penelitian Psikogeriatri	1
		12	Pemberdayaan Layanan PPK Primer dan Sekunder	8
		13	Terealisasinya Kerjasama dengan Sister Hospital LN dan DN	2
		14	Prosentase Supervisi yang Dilakukan oleh Jejaring Pendidikan	40 %
5	Terwujudnya Bisnis Proses Internal yang Efektif	15	Prosentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU	100 %
Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi				
6	Terwujudnya budaya kinerja yang berkomitmen pelayanan prima	16	Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja	80%
7	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	17	Prosentase Pegawai yang Memenuhi Standar Kompetensi	65%
8	Terwujudnya kehandalan aset untuk psikogeriatri	18	OEE (overall equipment effectiveness)	60%
9	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	19	Level integrasi IT rumah sakit	Siloed-I
Perspektif Financial				
10	Terwujudnya Efisiensi biaya	20	POBO	58%
11	Tercapainya peningkatan pendapatan RS	21	Tingkat pertumbuhan pendapatan	5%

B. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian Kenerja Tahun 2017 dengan menetapkan target Indikator Kinerja, yaitu :

1) Penetapan target indikator Kinerja BLU (Tingkat Kesehatan) Tahun 2017.

Pada Tahun 2017 ditetapkan Kontrak Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang untuk Indikator Kinerja BLU dengan kinerja Keuangan : 23,25 dan Kinerja Pelayanan 61,3 Sehingga total skor 84,55 dengan kategori sehat (AA)

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	SATUAN	HAPER	TARGET
I	**KINERJA KEUANGAN**	Rasio Kas (Cash Ratio)	prosentase	14.537,17	0,25
A	RASIO KEUANGAN	Rasio Lancar (Current Ratio)	prosentase	16.551,56	2,5
		Periode penagihan piutang (Collection Periods)	hari	39,18	1,5
		Perputaran Total Aset (Fixed asset turnover)	prosentase	23,74	2
		Imbalan atas asset tetap (Return on asset)	prosentase	5,51	1,7
		Imbalan equitas (return on equity)	prosentase	7,4	1,8
		Rasio Perputaran Persediaan (Inventory turnover)	hari	12,16	0,5
		Subsidi Biaya Pasien	prosentase	0	0
B	RASIO PENDAPATAN PNBP TERHADAP BIAYA OPERASIONAL		prosentase	54,18	2
C	ASPEK KEPATUHAN	RBA Definitif	sebelum tanggal 31 Desember 2012 & lengkap	sebelum tanggal 31 Desember 2012 & lengkap	2
		Laporan Keuangan SAK	tepat waktu dan WTP	tepat waktu dan WTP	2
		SP3B BLU	Tepat waktu dan saldo kas sesuai	Tepat waktu dan saldo kas sesuai	2
		Tarif Layanan	dalam proses penilaian di kemkeu	dalam proses penilaian di kemkeu	1
		Sistem Akuntansi	SA Akuntansi & SA Aset Tetap	SA Akuntansi & SA Aset Tetap	1
		Persetujuan Rekening	disetujui	disetujui	0,5
		SOP Pengelolaan Kas	SOP telah ditetapkan	SOP telah ditetapkan	0,5
		SOP Pengelolaan Utang	SOP telah ditetapkan	SOP telah ditetapkan	0,5
		SOP Pengelolaan Piutang	SOP telah ditetapkan	SOP telah ditetapkan	0,5
		SOP Pengadaan Barang & Jasa	SOP telah ditetapkan	SOP telah ditetapkan	0,5
		SOP Pengelolaan Barang Inventaris	SOP telah ditetapkan	SOP telah ditetapkan	0,5
	SUB TOTAL KINERJA KEUANGAN				23,25
II	**KINERJA PELAYANAN**				
II.1	PERSPEKTIF PROSES	Rata-rata Pertumbuhan kunjungan rawat jalan/hari	prosentase	1,12	2
A	PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS	Rata-rata Pertumbuhan kunjungan rawat	prosentase	1	1,5

		darurat/hari			
		Pertumbuhan Hari perawatan	prosentase	1	1,5
		Rata-rata Pertumbuhan Pemeriksaan radiologi/hari	prosentase	0,95	1,25
		Rata-rata Pertumbuhan Pemeriksaan laboratorium/hari	prosentase	0,94	1
		Rata-rata Pertumbuhan ECT/hari	prosentase	1,02	1,5
		Rata-rata Pertumbuhan psikoterapi/hari	prosentase		
		Rata-rata Pertumbuhan rehab medik/Rehab Mental /hari	prosentase	0,9	1
		Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	prosentase	112%	2
		Angka Penelitian Yang Dipublikasikan	jumlah penelitian yang dipublikasikan	1	1
B	EFEKTIFITAS PELAYANAN				
		Kelengkapan Rekam Medik 24 jam setelah selesai pelayanan	prosentase	92%	2
		Pengembalian Rekam Medik	prosentase	96%	2
		Angka Pembatalan ECT	prosentase	1,50%	1,5
		Angka Kegagalan hasil radiologi	prosentase	< 3%	1
		Penulisan resep sesuai formularium	prosentase	98%	2
		Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	prosentase	< 2%	2
		BOR	prosentase	70%-80%	2
II.2	PERSPEKTIF PERTUMBUHAN PEMBELAJARAN	Rata-rata jam pelatihan/karyawan	jam		1
		Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT	prosentase		1
		Program Reward dan Punishment	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	Ada program dilaksanakan sepenuhnya	1
A	MUTU MUTU PELAYANAN	Emergency response time rate	menit	< 3 mnt	2
		Waktu tunggu rawat jalan	menit	< 40 mnt	2
		LOS (length of stay)	hari	< 5 minggu	1,5
		Kecepatan pelayanan resep obat jadi	menit	<15	1,5
		Waktu tunggu sebelum ECT	hari	12,24	2
		Waktu tunggu hasil laboratorium	jam	0,98	2
		Waktu tunggu hasil radiologi	jam	< 4 jam	1,5
B	MUTU KLINIK	Angka kematian di Gawat Darurat	prosentase	0,20%	2
		Angka kematian > 48 jam	per mil	1‰	2
		Post ECT Death Rate	prosentase	0	2
		Angka infeksi nosokomial	prosentase	2,49%	3,75
		Jumlah kematian ibu di Rumah Sakit	prosentase	0	2
C	KEPEDULIAN PADA MASYARAKAT	Pembinaan kepada puskes dan sarkes lain	Ada program dilaksanakan semua	Ada program dilaksanakan semua	1

		Penyuluhan kesehatan (PKMRS)	Ada program dilaksanakan semua	Ada program dilaksanakan semua	1
		Ratio tempat tidur kelas III	prosentase	79,14 %	2
D	KEPUASAN PELANGGAN	Penanganan komplain/persentase komplain	prosentase	100%	1
		Persentase kepuasan pelanggan (IKM: tingkat kepuasan 4)	prosentase	80%	1
E	KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN	Hasil Penilaian RS berseri	nilai total	> 9100	2
		Hasil Penilaian Proper lingkungan (KLH)	hijau	Hijau	0,8
	SUB TOTAL KINERJA KEUANGAN				61,3
	JUMLAH TOTAL KINERJA				84,55

2) Penetapan IKI dan IKT Dirut Tahun 2017.

Kontrak IKI Direktur Utama Tahun 2017 sebagai berikut :

A. AREA KLINIS		Indikator	Target Tahun 2017				Nilai Standart
No	Kategori Indikator		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%
	AREA MANAGERIAL						
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	52 %	53 %	55 %	57 %	50 < PB <= 57

Kontrak IKT Direktur Utama tahun 2017

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target 2017			
			Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV
1.	Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	80%	90%	91%	92%	93%
2.	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU *Integrated Online System*/BIOS)	100%	91%	91%	97,5%	100%
3.	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	55%	60%	65%	70%
4.	Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan (Online/SMS)	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	57%	47%	47%	45%

*) Pilih salah satu (45% untuk RS Jiwa, RS Kusta, RS Ketergantungan Obat, RS Penyakit Infeksi dan RS Stroke).

3) Penetapan Indikator Mutu RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Tahun 2017.

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. *Nett Death Rate* (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, surveilance dan pelaporan	16. Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (*Phlebitis*)	≤ 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 *Clinical Pathway*	Skor=100
Manajemen risiko	23. Penerapan Keselamatan *Electro Convulsive Therapy* (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. *Emergency Psychiatric Response Time* (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. *Bed Occupancy Rate* (BOR)	75-85%
Manajemen keuangan	34. Rasio Pendapatan PNBP 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 *HIGH ALERT*.	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 *Hand Hygiene*	100%
Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	40. Kejadian Jatuh Akibat Hipotensi Postural karena Efek Samping Obat Anti Psikotik	100%

Penetapan Indikator Mutu Unit KerjaTahun 2017

Unit Kerja	Indikator	Target
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 *Update* Paling Lama 3 Tahun	100%
Instalasi Rekam Medik	30. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan≤10 Menit	100%
	31. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap≤15 Menit	100%
	32. Kelengkapan *Informed Consent* 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 ≤120 Menit	≥ 90%
	36. Kejadian *DropOut* Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yangDirencanakan	≤ 50 %
Instalasi Rehabilitasi (Mental)	37. Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %
	38. Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 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	≥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	≥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%
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 dilakukan 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 %
Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum		
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 *Spare-part*) < 48 jam	100%
	82. Waktu Layanan Perbaikan Perangkat Komputer (Dengan *Spare-part*) < 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%
KOMITE- KOMITE		
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 dan Re-kredensial Bagi Semua Perawat	100%
	101. Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan sesuai dengan Standar Keperawatan	≥90%
Satuan Pengawas Internal (SPI)	102. Pencapaian Program Kerja Pengawasan	100%
Komite Penjamin Mutu	103. Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%
Komite K 3 RS	104. Angka Kecelakaan Kerja Pegawai	0%

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA

1. Capaian sesuai perjanjian kinerja tahun 2017 sebagai berikut :

1) Tingkat Kesehatan RS BLU

Kondisi yang dicapai saat ini

Tingkat kesehatan rumah sakit diukur menggukan Perdijen Perbendaharaan Kemenkeu No 36 Tahun 2016. Hasil yang dicapai dapat digambarkan sebagai berikut,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Stakeholder							
Tingkat Kesehatan RS BLU	jumlah	84,3	80,62	AA	84,55	87,02	AA

Permasalahan :

Terjadi kenaikan kinerja keuangan dan kinerja pelayanan dan beberapa kinerja yang dipertahankan dijelaskan di unit pada laporan pencapaian kinerja unit.

Usulan Pemecahan :

Kompilasi data dukung melalui pusat data pelaksanaannya mendisiplinkan semua unit untuk melaporkan data.

Hasil Perhitungan Tingkes RSJRW Tahun 2017

ASPEK KEUANGAN

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Satuan	Haper	Nilai Riil
1	Rasio Keuangan				
	a. Rasio Kas (Cash Ratio)	2	persen	34164,15	0,25
	b. Rasio Lancar (Current Ratio)	2,5	persen	35894,63	2,5
	c. Periode Penagihan Piutang (Collection Periode)	2	hari	19,70	2
	d. Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2	persen	22,13	2
	e. Imbalan atas Aktiva Tetap (Return of Fixed Asset)	2	persen	4,86	1,4
	f. Imbalan Ekuitas (Return on Enquity)	2	persen	6,67	1,6
	g. Perputaran Persediaan (Inventory Turn over)	2	hari	6,67	0,5
	h. Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	persen	0,00	0
	i. Rasio POBO	2,5	persen	50,12	2
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU				
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif)				
	- Ditandatangani sebelum tgl 31 Des tahun sebelumnya	0,4		Ditandatangani sebelum tanggal 31 Des 2016	0,4
	- Ditandatangani oleh pemimpin BLU	0,4		ya	0,4
	- Diketahui oleh Dewas	0,4		ya	0,4

	- Disetujui oleh Menteri	0,4		ya	0,4
	- Format sesuai dengan PMK No.95/PMK.05/2011	0,4		ya	0,4
	b. Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan				
	- Laporan Keuangan TW 1 disampaikan ≤ tanggal 15	0,2		tepat waktu	0,2
	- Laporan Keuangan TW 2 disampaikan ≤ tanggal 10	0,2		tepat waktu	0,2
	- Laporan keuangan TW 3 disampaikan ≤ tanggal 15	0,2		tepat waktu	0,2
	- Laporan Keuangan TW 4 disampaikan ≤ tanggal 20	0,2		tepat waktu	0,2
	- Audit Laporan Keuangan diaudit oleh auditor eksternal	0,2		tepat waktu	0,2
	- Hasil WTP	1		WTP	1
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU				
	- SP3BBLU TW 1 saldo kas telah sesuai	0,4		tepat waktu dan saldo kas sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 2 saldo kas telah sesuai	0,4		tepat waktu dan saldo kas sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 3 saldo kas telah sesuai	0,4		tepat waktu dan saldo kas sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 4 saldo kas telah sesuai	0,8		tepat waktu dan saldo kas sesuai	0,8
	d. Tarif Layanan	1		sudah ditetapkan menkeu	1
	e. Sistem Akuntansi				
	- Sistem akuntansi keuangan	0,6		ya	0,6
	- Sistem akuntasi biaya	0,2		ya	0,2
	- Sistem Akuntansi Aset tetap	0,2		ya	0,2
	f. Persetujuan rekening				
	- Rekening pengelolaan kas	0,1		ada	0,1
	- Rekening operasional	0,3		ada	0,3
	- Rekening dana kelolaan	0,1		ada	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
	Jumlah Skor Aspek Keuangan	30			23,25

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	1,08	1,5

	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	2	kali	1,05	1,5
	3) Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	2	kali	1,16	2
	4) Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	2	kali	1,15	2
	5) Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2	kali	1,06	1,5
	6) Pertumbuhan psikoterapi/ECT	2	kali	1,74	2
	7) Pertumbuhan rehab medik	2	kali	1,44	2
	8) Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	2	kali	1,01	1,5
	9) Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	2	kali	1,00	1,5
	b. Efektifitas Pelayanan				
	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	persen	86,20	2
	2) Pengembalian rekam medik	2	persen	98,20	2
	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	persen	2,74	1
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	persen	0,00	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	persen	98,93	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	persen	0,24	2
	7) Bed Occupacy Rate (BOR)	2	persen	76,58	2
	c. Pertumbuhan Pembelajaran				
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1	jam	1,44	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	persen	0,00	0,25
	3) Program reward and punishment	1		ada program dilaksanakan sepenuhnya	2
2	Mutu dan manfaat kepada masyarakat				
	a. Mutu Pelayanan				
	1) Emergency Response Time Rate	2	menit	8,9	1,5
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	menit	59,40	1,5
	3) Length of stay	2	hari	42,91	2
	4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	menit	16,96	1
	5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	hari	1	2
	6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	jam	51 menit	2
	7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	jam	1,72	2
	b. Mutu Klinik				
	1) Angka kematian di gawat darurat	2	persen	0	2
	2) Angka kematian/kebutaan ≥48 jam	2	persen	0	2
	3) Post Operative Death Rate (ECT)	2	persen	0	2
	4) Angka infeksi nosokomial				
	- luka fiksasi	1	persen	0,00	1
	- dermatomikosis	1	persen	0,06	1
	- scabies dan pedikulosis	1	persen	0,11	1
	- postural hipotensi	1	persen	0,00	1
	5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	persen	0,00	2
	c. Kepedulian kepada masyarakat				
	1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesh lain	1		ada program dilaksanakan	1

	2) Penyuluhan Kesehatan	1		ada program dilaksanakan	1
	3) Rasio tempat tidur kelas III	2	persen	70,64	2
	d. Kepuasan Pelanggan				
	1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	persen	100	1
	2) Kepuasan Pelanggan	1		0,8223	0,82
	e. Kepedulian terhadap lingkungan				
	1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2		9312	2
	2) Proper lingkungan	1		hitam	0,2
	Jumlah skor aspek pelayanan	70			63,77
	Jumlah Total	100			87,02
	Kriteria				BAIK AA

Pencapaian Bagian Keuangan :

Rasio keuangan tahun 2016 dan 2017 :

Unsur Penilaian	Tahun 2016		Tahun 2017	
	Nilai	Skor	Nilai	Skor
Rasio Kas (Cash Ratio) / %	18.417,00	0,25	34.164,15	0,25
Rasio Lancar (Current Ratio) / %	20.559,24	2,5	35.894,63	2,5
Periode penagihan piutang (Collection Periods) / har	28,92	2	19,70	2,00
Perputaran Total Aset (Fixed asset turnover) /%	19,09	1,5	22,13	2,00
Imbalan atas asset tetap (Return on asset) / %	1,03	0,5	4,86	1,40
Imbalan equitas (return on equity) / %	1,41	0,6	6,67	1,60
Rasio Perputaran Persediaan (Inventory turnover) / hari	15,29	1	6,67	0,50
Subsidi Biaya Pasien / %	0%	0	0,00	0,00
Rasio POBO (%)	43,52	1,75	50,12	2,00
Total skor rasio		10,10		12,25

Analisa Kenaikan/Penurunan Rasio :

1. Perputaran Total Aset Tetap

Rasio perputaran aset tetap dihitung dengan membandingkan Pendapatan Operasional dengan Aset Tetap. Pada tahun 2017 hasil perhitungan rasio ini meningkat dari tahun 2016 karena terjadi peningkatan pendapatan sebesar 22,69%. Total Aset Tetap juga meningkat sebesar 4,51% dari tahun 2016

2. Imbalan atas Aset Tetap

   Imbalan atas Aset Tetap dihitung dengan menggunakan rumus Surplus atau Defisit dari Kegiatan Operasional + Biaya Penyusutan) - (Pendapatan Investasi dari APBN) dibagi dengan (Nilai Perolehan Aset Tetap - Konstruksi Dalam Pengerjaan). Pada tahun 2017 hasil perhitungan rasio ini meningkat karena terjadi peningkatan pendapatan termasuk pendapatan dari APBN sebesar 24,16% dari tahun 2016, sedangkan beban operasional naik sebesar 6,20%. Per 31 Desember 2017 nilai KDP di RSJ Dr. Radjiman W Lawang sebesar Rp. 882.614.000.

3. Imbalan Ekuitas

   Imbalan Ekuitas merupakan hasil perhitungan (Surplus atau Defisit dari Kegiatan Operasional + Biaya Penyusutan) - (Pendapatan Investasi dari APBN) dibagi (Ekuitas - ((Surplus atau Defisit dari Kegiatan Operasional + Biaya Penyusutan) - (Pendapatan Investasi dari APBN))). Meningkatnya pendapatan mengakibatkan capaian rasio ini meningkat pada tahun 2017

4. Rasio Perputaran Persediaan dihitung dengan membandingkan total persediaan pada akhir periode dengan pendapatan. Pada tahun 2017 hasil perhitungan rasio ini turun dari tahun 2016 karena saldo persediaan per 31 Desember 2017 lebih kecil sebesar 46,04% dari tahun 2016.

Penjelasan Kinerja Bagian Keuangan

a. Pelaksanaan Penyusunan RBA
Kondisi yang dicapai:

RBA Rumah Sakit Jiwa dr Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah bagian dari RSB Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Tahun 2015 – 2019, menggambarkan program kerja strategis merupakan upaya kongkrit utama yang akan dilakukan untuk mewujudkan sasaran strategis sehingga dapat dijadikan sebagai dasar untuk menjalankan kegiatan usaha tahun anggaran 2016, Rencana Bisnis Anggaran merupakan perencanaan tahunan berisi program, kegiatan,target kinerja dan anggaran telah tersusun dan terealisasi tepat waktu sesuai dengan Perarturan Menteri Kesehatan nomor 4 tahun 2013, dokumen RBA telah disusun dan dilaporkan tepat waktu

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RBA	1	1	100 %	1	1	100%

Permasalahan:

- Belum semua unit kerja memahami betapa pentingnya Rencana Bisnis Anggaran
- Penyusunan Rencana Bisnis Anggaran masih dikerjakan secara manual sehingga membutuhkan proses yang lama untuk kompilasi usulan unit kerja

Usulan Pemecahan Masalah:

- Perlunya sosialisasi secara inten terkait pentingnya penyusunan RBA khusunya usulan dari unit kerja
- Perlunya dibangun Sistem Aplikasi dan Informasi terkait penyusunan RBA RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

b. Pelaksanaan Penyusunan RKAKL

Kondisi yang dicapai:

Rencana Kerja Anggaran Kementerian/ Lembaga (RKAKL) merupakan komponen yang tidak terpisahkan dari RBA Rumah Sakit yang berisi kebutuhan biaya dalam rangka operasinal rumah sakit, terdiri dari kebutuhan belanja gaji, belanja barang maupun belanja modal, dimana penganggaran sudah berubah dari base lane menjadi penganggaran berbasis kinerja. Penyusunan RKAKL sudah tersusun secara tepat waktu dan di reviu oleh Bagian PI , Biro Perencanaan dan Anggaran juga dari Inspektorat Jenderal Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RKAKL	1	1	100 %	1	1	100 %

Permasalahan:

Masih banyak usulan unit kerja yang tidak dilengkapi dengan data dukung maupun spesifikasi yang kurang jelas dan masih ada unit kerja terlambat menyerahkan usulan

Usulan Pemecahan Masalah:

Perlunya sosialiasi pada semua unit kerja terkait usulan dan data dukung yang harus dilenkapi terkait penyusunan perencanaan tahunan

c. Pelaksanaan Penyusunan RPK

Kondisi yang dicapai:

Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) merupakan dokumen yang disusun berisi rincian dari seluruh kegiatan operasional rumah sakit dan telah terusun 100% pada tahun 2016, sehingga pelaksanaan kegitan dapat berjalan secara tepat sasaran

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RPK	1	1	100 %	1	1	100 %

Permasalahan:

Dengan adanya pergantian pejabat pengelola keuangan mengakibatkan kurangnya pemahaman terhadap pelaksanaan pengelolaan anggaran

Usulan Pemecahan Masalah:

Perlunya koordinasi secara intensif untuk mengatasi segala persoalan pelaksanaan pengelolaan anggaran

d. Pelaksanaan Penyusunan RUP

Kondisi yang dicapai:

Rencana Umum Pengadaan (RUP) merupakan perencanaan yang disusun dalam rangka pelaksanaan pengadaan pada tahun 2017

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RUP	1	1	100 %	1	1	100 %

Permasalahan:

RUP tahun 2017 disusun di Sub Bagian Program dan Anggaran sehingga kurang optimal dalam pelaksanaanya.

Usulan Pemecahan Masalah:

Perlunya dibentuk Tim Penyusun Rencana Umum pengadaan yang melibatkan usur dari Sub Bagian Program dan Anggaran, Unit Layanan Pengadaan dan Pejabat Pembuat Komitmen (PPK)

e. Pelaksanaan Penyusunan RPD 2017

Kondisi yang dicapai:

Rencana Penarikan Dana (RPD) merupakan gambaran penarikan dana dalam 1 tahun anggaran berjalan dan dibreakdown dalam penarikan dana bulanan. Disusun setiap tahun sehingga didapat gambaran tentang kebutuhan anggaran bulanan.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RPD 2016	1	1	100 %	1	1	100 %

Permasalahan:

Kurang optimalnya penyusunan Rencana Umum Pengadaan berdampak pada Rencana Penarikan Dana, juga realisasi penyerapan anggaran.

Usulan Pemecahan Masalah:

Melakukan koordinasi secara intensif dengan unit terkait khususnya dengan Pejabat Pembuat Komitmen, Unit Layanan Pengadaan dan bedahara pengeluaran

f. Melaksanakan Pengawasan Anggaran

Kondisi yang dicapai:

Pengawasan anggaran dilaksanakan secara rutin baik di Sub Bagian Program dan anggaran, Sub Bagian Perbendaharaan dan Akuntansi, maupun pengawasan anggaran oleh pejabat pembuat komitmen

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Pengawasan Anggaran	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

Penyerapan anggaran pada semester I masih dibawah 40 % menggambarkan kurang optimalnya pelaksanaan pengadaan maupun penyerapan anggaran masih kurang optimal.

Usulan Pemecahan Masalah:

Dilakukan rekonsiliasi rutin penyerapan anggaran dengan unit terkait Bagian Keuangan, PPK, Unit Layanan Pengadaan maupun Bagian Administrasi Umum dan Panitia Penerima Barang dan Jasa

g. Melaksanakan Revisi Anggaran
Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2017 terjadi peningkatan jumlah revisi anggaran dari target 4 kegiatan terealisasi 6 kegiatan .Revisi dikarenakan adanya, revisi pencantuman saldo awal, revisi administrasi,revisi pergeseran antar keluaran dalam 1 kegiatan , revisi penggunaan saldo awal, efisiensi selfbloking juga revisi gaji minus.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Revisi Anggaran	4	7	175 %	4	6	150%

Permasalahan:

- Kondisi Keuangan Negara yang kurang baik sehingga perlu dilakukan efisiensi selfblocking pada semua kementerian lembaga juga pada satuan kerja
- Revisi anggaran sudah menggunakan single sistem dari pengalaman proses selfblocking yang dilakukan kementerian lembaga ke DJA membutuhkan waktu dan proses yang lama sehingga satker yang akan melakukan revisi ke kanwil DJPB tidak bisa dilakukan sebelum ada digitamp stamp yang baru

Usulan Pemecahan Masalah:

- Melakukan antisipasi terhadap semua kemungkinan dari perubahan kebijakan pemerintah yang secara langsung maupun tidak langsung akan berdampak pada satuan kerja

h. Melaksanakan Monev BUK
Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2017 Monitoring dan evaluasi secara rutin disampaikan kepada Dijend Bina Upaya Kesehatan (Dirjend Yakes) sebagai bahan laporan penyerapan satuan unit kerja.

Indikator Kinerja	Tahun 2015			Tahun 2016		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Monev BUK	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

Permasalahan listrik mati juga masalah hubungan ke server internet menjadi kendala diluar kemampuan kita sebaga SDM akan mempengaruhi ketidak tepatan penyampaian Laporan penyerapan anggaran maupun monev.

Usulan Pemecahan Masalah:

Laporan disampaikan baik melalui email maupun media social lainnya

i. Melaksanakan Monev DJA

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2017 Monitoring dan evaluasi secara rutinsetiap bulan juga disampaikan kepada Direktorat Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan RI. sebagai bahan informasi laporan penyerapan satuan unit kerja.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Monev DJA	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

Permasalahan listrik mati juga masalah hubungan ke server internet menjadi kendala diluar kemampuan kita sebaga SDM akan mempengaruhi ketidak tepatan penyampaian Laporan penyerapan anggaran maupun monev melalui aplikasi gagal upload

Usulan Pemecahan Masalah:

Membuat jadwal dan mengupayakan penyampaian monev DJA secara rutin dan tepat waktu

j. Melaksanakan Monev PP39

Kondisi yang dicapai:

Penyampaian laporan / monev PP39 kepada Bapenas dilakukan setiap tribulan , pada tahun 2017 RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang telah melaporkan 100 % secara rutin dan tepat waktu.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Monev PP39	4	4	100 %	4	4	100 %

Permasalahan:

Permasalahan listrik mati juga masalah hubungan ke server internet menjadi kendala diluar kemampuan kita sebaga SDM akan mempengaruhi ketidak tepatan penyampaian Laporan penyerapan anggaran maupun monev melalui aplikasi gagal upload juga menjadi kendala monev PP39

Usulan Pemecahan Masalah:

Mengupayakan penyampaian Monev PP39 setiap tribulan dapat teruplod sebelum batas akhir penyampaian laporan.

k. Membuat Surat Perintah Pelaksanaan Kegiatan (SPPK)

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2017 terjadi peningkatan jumlah Surat Perintah Pelaksanaan Kegiatan dalam rangka efisiensi anggaran juga adanya pemaketan pengadaan melalui E Catalog, selain itu juga untuk mengatisipasi masalah kedaluarsa beberapa barang / bahan yang mempunyai masa ekspayed yang terbatas.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Membuat Surat Perintah Pelaksanaan Kegiatan (SPPK)	50	56	112 %	60	90	150 %

Permasalahan:

Usulan spesifikasi dari unit kerja yang tidak lengkap mempengaruhi proses pengadaan menjadi kurang efektif

Usulan Pemecahan Masalah:

Sosialisasi kepada unit kerja terkait kelengkapan data dukung termasuk spesifikasi usulan harus jelas

Sub Bagian Perbendaharaan dan Akuntansi

a. Melaksanakan tugas kebendaharaan

Kondisi yang dicapai:

Pelaksanaan tugas kebendaharaan pada tahun 2017 khusunya bendahara pengeluaran di bawah Sub Bagian Perbendaharaan dan Akuntansi berjalan cukup baik karena dibantu oleh beberapa pembantu bendahara dalam rangka tugas kebendaharaan.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan tugas kebendaharaan	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

- Tugas kebendaharaan selalu menumpuk di akhir tahun sehingga rawan terjadi kesalahan baik pembukuan maupun salah hitung.
- Ada bebera penyedia tidak mencairkan dana tepat waktu sehingga mempengaruhi penyerapan anggaran

Usulan Pemecahan Masalah:

Perbaikan dari sisi perencanaan dan pelaksanaan pengadaan juga intensitas koordinansi dengan yang terkait baik dengan PPK, ULP maupun Sub Bagian Program dan Anggaran

- Evaluasi permasalahan di tahun 2017 untuk perbaikan di tahun berikutnya

b. Mengelola administrasi belanja pegawai

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2017 pengelolaan administrasi kepegawaian cukup berjalan dengan baik sehingga penyerapan alokasi untuk belanja pegawai bisa terserap 99,94 %.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Mengelola administrasi belanja pegawai	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

- Ada beberapa permasalahan pegawai harus mengembalikan kelebihan bayar khusunya tunjangan dikarenakan terbitnya SK dari pusat yang terlambat diterima bagian pengelola gaji .
- Masih ada hutang pegawai lembur bulan Desember belum terbayar karena banyak pegawai mengajukan pekerjaan lembur untuk pekerjaan yang tidak bisa dilaksanakan pada jam kerja

Usulan Pemecahan Masalah:

- Koordinasi dengan Bagian SDM dan Dijend Pelayanan Kesehatan terkait beberapa permasalahan yang menyangkut kepegawaian.
- Hasil koordinasi dengan KPPN Malang untuk dialokasikan di tahun 2017

c. Menyusun Laporan Keuangan BLU

Kondisi yang dicapai:

Sesuai PMK nomor 76 /PMK.05/2008 tentang pedoman Akuntasi dan pelaporan Keuangan BLU telah terlaksana sesuai target 100%

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Menyusun Laporan Keuangan BLU	4	4	100%	4	4	100%

Permasalahan:

Pengumpulan data dari unit terkait terlalu dekat dengan batas penyampaian laporan keuangan bLU sehingga penyusunan dilakukan diluar jam kerja

Usulan Pemecahan Masalah:

Dilakukan rekonsiliasi untuk menyepakati tanggal cutoff dalam rangka penyusunan Laporan Keuangan BLU

d. Menyusun Laporan SAI

Kondisi yang dicapai:

Sesuai PMK nomor 222 /PMK.05/2016 tentang pedoman Penyusunan dan Penyampaian Laporan Keuangan kementerian Negara atau Lembaga terlaksana sesuai target 100%

Pada tahun 2017 Laporan SAI terlaksana sesuai target dan terealisasi 100%

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Menyusun Laporan SAI	12	12	100%	12	12	100%

Permasalahan:

Pengumpulan data dari unit terkait terlalu dekat dengan batas penyampaian laporan keuangan bLU sehingga penyusunan dilakukan diluar jam kerja

Usulan Pemecahan Masalah:

Dilakukan rekonsiliasi untuk menyepakati tanggal cutoff dalam rangka penyusunan Laporan Keuangan BLU

e. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Anggaran

Kondisi yang dicapai:

Monitoring Evaluasi pelaksanaan anggaran dilakukan rutin setiap bulan , dengan melakukan rekonsiliasi dengan unit terkait tercapai sesuai target

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Anggaran	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

Permasalahan listrik mati juga masalah hubungan ke server internet menjadi kendala diluar kemampuan kita sebaga SDM akan mempengaruhi ketidak tepatan penyampaian Laporan penyerapan anggaran maupun monev.

Usulan Pemecahan Masalah:

Mengantisipasi dan mengupayakan penjadwalan penyampaian monev dilakaukan sebelum batas akhir penyampaian laporan

Sub Bagian Mobilisasi Dana

a. Tatalaksana pengelolaan piutang

Kondisi yang dicapai:

Terlaksananya kegiatan pengelolaan piutang pasien untuk kegiatan administrasi, penyusunan laporan piutang, pernyataan hutang dan tagihan piutang terlaksana dengan baik .

Untuk penyerahan pengurusan penagihan oleh PUPN/KPKNL telah dilakukan proses pengumpulan data yang sudah dinyatakan telah optimal dan sebagai PSBDT untuk selanjutnya akan diusulkan penghapusan bersyarat kepada Direktur Utama tanpa menghapuskan hak tagih Negara

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tatalaksana pengelolaan piutang	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

Permasalahan saat ini adalah bahwa pembuatan surat pernyataan hutang pada saat pasien pulang oleh penanggungjawab pasien yang masih meninggalkan sisa

pembayaran layanan kesehatan oleh keluarga pasien adalah suatu bentuk kelonggaran untuk mengambil pulang tanpa harus melunasi pembayaran.

Usulan Pemecahan Masalah:

Mengefektifkan billing system tentang informasi jumlah piutang pasien pada tempat-tempat layanan baik rawat jalan, IGD maupun Kasir pada saat pasien datang kembali untuk kontrol.

b. Penyelenggaraan administrasi Penerimaan RS

Kondisi yang dicapai:

Pelaksanaan tugas kebendaharaan pada tahun 2017 khususnya bendahara penerima berjalan cukup baik, lancer san tepat waktu sesuai ketentuan laporan keuangan.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Penyelenggaraan administrasi penerimaan RS	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

Kemudahan sistem pembayaran melalui transfer bank, tapi tanpa mencantumkan identitas pasien/pengirim, hal ini masih belum bisa menjadi penerimaan layanan oleh karena terlebih dahulu harus cek data di bank .

Usulan Pemecahan Masalah:

Memberikan lembaran tertulis pada saat pasien pulang yang masih meninggalkan hutangnya dan mencantumkan informasi cara melakukan pembayaran melalui bank/transfer pada surat tagihan I, II dan III

Penjelasanan KInerja Pelayanan :Pencapaian Klinik rawat jalan

Unit Pelayanan	Pencapaian 2016	Target 2017	Pencapaian 2017	Rerata Pertumbuhan
K. KESEHATAN JIWA	20.575	22.632	**26.320**	1,28
K. ANAK DAN REMAJA	1.599	1.759	924	0,58
K. GERIATRI	756	833	**1721**	2,28
K. MENTAL ORGANIK	461	507	**1427**	3,10
K. NAPZA	186	203	213	1,15
K. FORENSIK	707	778	639	0,90
K. AUTIS	401	442	**774**	1,93
K. UMUM	499	549	797	1,60
K. PENYAKIT DALAM	3.256	3.582	1906	0,59
K. BEDAH	272	299	601	2,21
K. SARAF	3.951	4.346	4690	1,19
K. Konsultasi GIZI	40	44	93	2,38

K. PSIKOLOGI	1.342	1.476	1060	0,79
K. T H T	106	0		
K. GIGI	1.477	1.625	726	0,52
K. FISIOTERAPI	11.377	12.515	9967	0,88
K. KULIT KECANTIKAN	578	635	245	0,41
Total	47.583	52.341	**52.950**	**1,32**

Beberapa klinik yang menyumbangkan kenaikan kinerja rawat jalan antara lain :

- Klinik kesehatan jiwa, karena adanya peningkatan jumlah promosi kesehatan di luar Rumah Sakit, peningkatan jejaring pelayanan dengan PPK 1
- Klinik Geriatri meningkat karena mulai April tahun 2017 mulai dilaunching daycare psikogeriatri. Selain itu dengan adanya gedung tersendiri pasien merasa lebih nyaman sehingga angka kunjungan meningkat.
- Klinik autis meningkat karena adanya peningkatan promosi
- Klinik mental organik : meningkatnya jumlah kasus dan peningakatan ketaatan kontrol.
- Klinik Bedah : Dokter bedah bisa rutin melayani pasien sehingga angka kunjungan meningkat.
- Klinik syaraf mengalami peningkatan karena ada tambahan dokter spesialias syaraf sehingga berkontribusi terhadap peningkatan layanan.

Beberapa klinik yang mengalami penurunan antara lain:

- Klinik anak & Remaja : karena ada kecenderungan pasien datang periksa memilih psikiater konsultan tertentu. Bila Psikiater yang diinginkan tidak sedang praktek, maka pasien/ pelanggan tidak datang.
- Klinik Penyakit Dalam: 1 orang dokter spesialis melanjutkan studi konsultan, sehingga angka kunjungan menurun.
- Klinik Gigi: RSJ tidak bisa melayani pasien BPJS karena RSJ belum mempunyai dokter spesialis gigi sebagai persyaratan dari BPJS, tindak lanjut meningkatkan promosi pentingnya kesehatan gigi, meningkatkan kepatuhan pelaksanaan *Clinical Pathway* tentang pemeriksaan gigi pasien rawat inap
- Klinik Kulit Kencantikan : kurangnya promosi tentang jenis layanan di klinik Kulit Kencantikan dan jam buka klinik mulai nopember 2017 diturunkan jadi 2x seminggu yaitu tiap selasa dan jum’at.

INSTALASI REHABILITASI MENTAL

Kinerja		2016		2017		
		Target	Realisasi	Target	realisasi	capaian
Pemulihan dan resosialisasi pasien [243 hari kerja]	Jumlah kunjungan pasien rehabilitasi mental yang mendapatkan seleksi	2214	2422	2664	2733	102,5%
	Melakukan pengkajian tindakan pasien yang ada di rehabilitasi terdiri dari : 1 X seleksi, 5 X O.T, 4 X LatKer Percobaan, 4 X LatKer Pengarahan	8	8	8	8	100%
	Melaksanakan Evaluasi perkembangan kegiatan pasien	12	12	12	12	100%

Jumlah kunjungan pasien rehabilitasi mental yang mendapatkan seleksi tahun 2017 mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2016. Hal ini disebabkan oleh :

- Terjadinya peningkatan komunikasi dan koordinasi antara rehabilitasi mental dengan unit perawatan pasien rawat inap.
- Adanya upaya perbaikan sistem pelayanan rehabilitasi mental yang berbasis pada pencapaian output pasien

INSTALASI LABORATORIUM

Indikator Kinerja		2016		2017		
		Target	Realisasi	Target	Realisasi	Pencapaian
Pelaksanaan Pemeriksaan (Pemeriksaan Terlampir)	Pelaksanaan Pemeriksaan	44.992	47866	52.652	50.338	95,6%
	Pelaksanaan Pengambilan Sampel	9357,6	9536	10.291	9887	96,07 %

Terdapat peningkatan capaian laboratorium karena:

- Lebih optimalnya komunikasi dan koordinasi dengan unit keperawatan rawat inap dan rawat jalan terkait pemeriksaan laboratorium berkala untuk monitoring efek samping obat.
- Peningkatan kunjungan klinik MCU yang berkontribusi terhadap peningkatan jumlah pemeriksaan laboratorium.
- Pemenuhan sarana prasarana yang diperlukan untuk mendukung kegiatan sebagian masih dalam proses pengadaan, sehingga beberapa rujukan pemeriksaan laboratorium harus dirujuk keluar.
- Sistem monitoring dan evaluasi kinerja berjalan cukup optimal.

Instalasi Farmasi

Indikator Kinerja		2016		2017		
		target	realisasi	target	realisasi	capaian
Peningkatan jumlah kegiatan layanan penunjang rawat inap	JumlahLayanan total Resep individual Rawat Inap	138.096	**131.050**	145.000	140.617	96,97%
	JumlahLayanan total Resep persediaan ruanganRawat Inap	2.232	**2.781**	2.455	2.651	107,9%
	JumlahLayanan Resep generik individual Rawat Inap	84.197	66.915	91.144	78.283	85,89%
	JumlahLayanan Resep generik persediaan poli Rawat Inap	1.116	**185**	190	102	85,89%
	Persentase Layanan Resep individual dan persediaan poli Rawat Inap sesuai Formularium Rumah Sakit	100 %	100 %	100%	99,99 %	99,99 %
	Persentase Layanan Resep individual JKN Rawat Inap sesuai ForNas	98 %	97,42 %	98 %	98 %	100%
	perencanaan usulan pemakaian obat,alkes, bmhp pasien BPJS & persediaan ruangan/poli rawat Inap	2.954.036.088	**2.867.631.338**	3.249.439.697	Belum selesai dientry, software rusak	
	perencanaan usulan pemakaian obat,alkes, bmhp pasien umum rawat Inap	422.397.936	**371.637.193**	464.637.730	Belum selesai dientry, software rusak	
	pelayanan farmasi klinik/asuhan kefarmasian pasien rawat Inap	158.400	1848	2.400	2.412	100,5%
	Peningkatan kualitas sdm	4	2	6	4	67%

	farmasi rawat Inap melalui pelatihan internal dan eksternal					
Peningkatan jumlah kegiatan layanan penunjang rawat jalan	JumlahLayanan total Resep individual Rawat Jalan	124.308	**114.812**	140.817	163.755	116%
	JumlahLayanan total Resep persediaan ruanganRawat Jalan	1.080	**1.234**	1793	1.328	74,06%
	JumlahLayanan Resep generik individual Rawat Jalan	75.233	69.445	78.294	88.077	112,5%
	JumlahLayanan Resep generik persediaan poli Rawat Jalan	12	**24**	115	18	Tidak tercapai
	Persentase Layanan Resep individual dan persediaan poli Rawat Jalan sesuai Formularium Rumah Sakit	100 %	99,99 %	100 %	100 %	100 %
	Persentase Layanan Resep individual JKN Rawat Jalan sesuai ForNas	98 %	97,42 %	98 %	98 %	100 %
	perencanaan usulan pemakaian obat,alkes, bmhp pasien BPJS & persediaan ruangan/poli rawat jalan	4.695.439.992	**5.453.854.901**	5.164.983.991	Resep belum selesai dientry, software rusak	
	perencanaan usulan pemakaian obat,alkes, bmhp pasien umum rawat jalan	1.081.107.348	**954.342.936**	1.189.218.083	Resep belum selesai dientry, software rusak	
	pelayanan farmasi klinik/asuhan kefarmasian pasien rawat jalan	4800	3600	5.280	5.324	100,8%
	Peningkatan	4	2	6	5	83,3%

	kualitas sdm farmasi rawat jalan melalui pelatihan internal dan eksternal					

INSTALASI GAWAT DARURAT

Indikator		2016		2017		
		Target	Realisasi	Target	Realisasi	Pencapaian
Pelayanan IGD	Jumlah kunjungan pasien IGD	4843	4.756	5231	5055	96,6%

Jumlah kunjungan pasien IGD tahun 2017 tidak mencapai target, tetapi jika dibandingkan dengan tahun 2016, mengalami peningkatan sebesar 0,9 %. Faktor yang menjadi penyebabnya adalah :

- Adanya kebijakan regionalisasi rujukan oleh Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur.
- Di beberapa daerah sudah mulai ada Rumah Sakit dan Puskesmas yang dapat menangani kedaruratan psikiatrik, misalnya Tulungagung, Trenggalek, Probolinggo, Kediri, Sampang dan Sumenep

Tindak Lanjut :

- Membangun komunikasi dan kerjasama yang lebih intensif dengan PPK 1.
- Melakukan inovasi terkait dengan promosi pelayanan IGD.

INSTALASI GIZI

Indikator Kinerja		2016		2017		
		target	realisasi	Target	realisasi	capaian
Pelayanan Gizi	Porsi pelayanan gizi rawat inap dan poprsi diet rawat inap	592.553	515.355	620.769	674.658	108,8%
	Asuhan gizi rawat inap	10.567	10.186	11.204	11.639	103,9%

Jumlah pelayanan gizi tahun 2017 melebihi dari target yang diharapkan, . Faktor yang menjadi penyebabnya adalah adanya peningkatan jumlah pasien rawat inap di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Pencapaian Instalasi Kesehatan Lingkungan

a. Kegiatan Monitoring Kesling :

Kegiatan monitoring kesehatan lingkungan tahun 2017 meliputi : pemantauan kebersihan lingkungan, penyehatan makanan dan minuman di Instalasi Gizi, penyehatan makanan

dan minuman di kantin, penyehatan air bersih dan air minum, pengelolaan linen, inspeksi sanitasi, pengamanan radiasi, vektor dan binatang pengganggu, sterilisasi dan desinfeksi.

Tabel Kegiatan monitoring kesling

Indikator Kinerja	Target	Tahun 2016		Target	Tahun 2017	
		Realisasi	Capaian		Realisasi	Capaian
Pemeliharaan mesin dan sarana prasarana kesling	108 kegiatan	108 kegiatan	100%	108 kegiatan	108 kegiatan	100%

Pencapaian kegiatan monitoring kesehatan lingkungan sudah dilakukan rutin setiap bulan dan target tercapai 100%. Apabila terdapat ketidaksesuaian maka dilakukan koordinasi dengan pihak dan unit terkait untuk ditindaklanjuti.

b. Penyuluhan Kesehatan Lingkungan

Target kegiatan penyuluhan Kesling turun dibandingkan tahun 2016 karena pencapaian tahun tersebut tidak maksimal. Sasaran kegiatan penyuluhan kesehatan lingkungan di rumah sakit adalah petugas CS (halaman, ruangan, asrama) dan penjual kantin. Penyuluhan kesehatan lingkungan tahun 2017 tercapai 50% (2 kegiatan) karena ada kegiatan penyuluhan belum dilakukan yaitu penyuluhan kepada penjual kantin dan CS asrama

Tabel Penyuluhan Kesehatan Lingkungan

Indikator Kinerja	Target	Tahun 2016		Target	Tahun 2017	
		Realisasi	Capaian		Realisasi	Capaian
Penyuluhan Kesehatan Lingkungan	6 kegiatan	5 kegiatan	83,33%	4 kegiatan	2 kegiatan	50%

Permasalahan :

Waktu pelaksanaan penyuluhan terkendala dengan kesibukan penjual kantin dan CS asrama

Solusi permasalahan :

Pada tahun 2018 kegiatan penyuluhan kepada penjual kantin dan CS asrama akan dikoordinasikan lebih baik lagi sehingga kegiatan bisa terlaksana sesuai dengan program

c. Pemeriksaan Kualitas Kimia Air Bersih, Air Minum dan Udara Ambien

Pemeriksaan kualitas kimia air bersih dan air minum dilakukan dengan melihat kualitas fisik dan parameter kimia (anorganik dan organik). Pemeriksaan kualitas udara ambien

meliputi pemeriksaan SO2, CO, NO2, O3, debu, Pb, H2S, NH3, kebisingan, suhu, kelembaban, kecepatan angin, arah angin.

Tabel Pemeriksaan Kualitas Kimia Air Bersih, Air Minum dan Udara Ambien

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pemeriksaan kualitas kimia air bersih, air minum	2 pemeriksaan	2 pemeriksaan	100%	2 pemeriksaan	2 pemeriksaan	100%

Kegiatan pemeriksaan kualitas kimia air bersih dan air minum tahun 2017 tercapai 100%. Kegiatan pemeriksaan yang sama tetap direncanakan pada tahun 2018 yang dilakukan oleh BBTKLPP Surabaya.

d. Pemeriksaan Laboratorium Limbah Cair

Pemeriksaan kualitas limbah cair dengan melakukan uji terhadap 7 parameter yang meliputi pH, suhu, BOD5, COD, TSS, NH3 Bebas dan Phospat. Pemeriksaan dilakukan oleh BTKLPP Surabaya dan Jasa Tirta Malang.

Tabel Pemeriksaan Laboratorium Air Limbah

Indikator Kinerja	Target	Tahun 2016		Target	Tahun 2017	
		Realisasi	Capaian		Realisasi	Capaian
Pemeriksaan laboratorium air limbah	4 Pemeriksaan	8 pemeriksaan	200%	12 Pemeriksaan	11 pemeriksaan	91,6%

Kegiatan pemeriksaan kualitas limbah cair tahun 2017 pencapaiannya 91,6% karena pemeriksaan air limbah bulan Juni 2017 tidak terealisasi. Pihak Jasa Tirta Malang menutup pemeriksaan sampling 7 hari sebelum libur panjang lebaran karena overload. Pihak Jasa tirta tidak menginfokan kepada RS terkait hal tersebut

e. Pemeriksaan Makanan Jadi, Air Bersih, Air Minum, Sterilitas Instrumen, Kualitas Udara Ruang, Usap Alat/Lantai

Pemeriksaan tahun 2017 pencapaiannya sesuai dengan target (100%). Pemeriksaan makanan jadi pengambilan samplingnya di Instalasi Gizi dan Kantin, Air minum sampling dilakukan di Instalasi Gizi.

Tabel Pemeriksaan Makanan Jadi, Air Bersih, Air Minum, Sterilitas Instrumen, Kualitas Udara Ruang, Usap Alat/Lantai

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pemeriksaan Makanan Jadi, Air Bersih, Air Minum, Sterilitas Instrumen, Kualitas Udara Ruang, Usap Alat/Lantai	4 Pemeriksaan	3 pemeriksaan	75%	4 Pemeriksaan	4 pemeriksaan	100%

Kegiatan pemeriksaan yang sama tetap direncanakan pada tahun 2018 kerjasama dengan BBTKLPP Surabaya

f. Pengendalian Vektor Dan Binatang Pengganggu

Pengendalian vektor dan binatang pengganggu di area rumah sakit dilakukan dengan monitoring (pengawasan rutin) dan pemberantasan vektor dan binatang pengganggu. Jenis vektor yang dipantau dan dilakukan pengendalian meliputi : nyamuk, lalat, tikus, kecoa, kutu busuk, klanceng, semut, lebah, kucing dan binatang pengganggu lainnya.

Tabel Pengendalian Vektor dan Binatang Pengganggu

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pengendalian Vektor dan Binatang Pengganggu	132 kegiatan	132 kegiatan	100%	132 kegiatan	132 kegiatan	100%

Meskipun kegiatan pengendalian vektor tercapai 100 % namun masih ada beberapa kendala yang harus diselesaikan yaitu :

a. Penanganan binatang pengganggu seperti kucing masih sulit dilakukan. Hal ini disebabkan area rumah sakit yang luas dan terbuka sehingga kucing bisa keluar masuk dengan bebas ke dalam area RS.
b. Ventilasi di ruang rawat inap belum semua dilengkapi dengan kasa anti nyamuk sehingga jumlah nyamuk di ruang rawat inap masih banyak.

Pemecahan Masalah

Untuk mangatasi permasalahan vektor dan binatang penganggu perlu dilakukan beberapa hal yaitu :

a. Berkoordinasi dengan Ruang rawat inap dan Instalasi Gizi agar tidak terdapat sisa dan sampah makanan karena kucing banyak ditemukan di ruang rawat inap dan Instalasi Gizi
b. Memasang semua ventilasi dengan kasa anti nyamuk terutama di ruang rawat inap.

c. Melakukan pemantauan rutin kepadatan jentik di bak-bak mandi dan memberikan abate jika terdapat jentik.
d. Kebersihan lingkungan harus dijaga untuk mengurangi populasi tikus, kecoa terutama pada dapur, gudang makanan, ruang steril, dan bangunan tertutup lainnya

g. Pemusnahan Sampah Medis

Pemusnahan sampah medis dengan membakar sampah medis di incinerator dan kerjasama dengan PT PRIA selaku pihak 3 pengelola limbah medis. Terdapat kenaikan jumlah target kegiatan dari tahun 2016 ke tahun 2017. Hal ini disebabkan volume limbah medis RS yang dikelola lebih banyak dari tahun sebelumnya..

Tabel Pemusnahan Limbah Medis

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pemusnahan Limbah Medis	96 kegiatan	96 kegiatan	100%	104 kegiatan	104 kegiatan	100%

Kegiatan pemusnahan sampah medis tahun 2016 dilakukan 2 kali dalam seminggu. Pencapaian kegiatan pemusnahan limbah medis tercapai 100% namun ada beberapa kendala dan masalah dalam kegiatan pengelolaan limbah medis padat yaitu :

1) Pemilahan limbah di TPS masih belum maksimal karena masih ada limbah non medis yang masuk ke dalam tempat sampah limbah medis
2) Pengangkutan limbah medis dari TPS (ruangan penghasil limbah) ke incinerator belum menggunakan kendaraan khusus pengangkut limbah medis.

Solusi permasalahan :

1) Melakukan edukasi ke petugas ruangan tentang pemilahan dan penempatan sampah medis dan non medis saat melakukan monitoring penyehatan lingkungan
2) Berkoordinasi dengan pihak pengelola CS sebagai pihak yang bertanggung jawab dalam kegiatan pengangkutan limbah medis di RS supaya menyediakan kendaraan khusus pengangkut limbah medis

h. Pembuatan Tungku Untuk Pengelolaan Limbah Padat

Tungku pengelolaan limbah padat bertujuan untuk membakar limbah padat non medis yang dibuang ke TPA.

Tabel Pembuatan Tungku Untuk Pengelolaan Limbah Padat Non Medis

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pembuatan Tungku Untuk Pengelolaan Limbah Padat	1 unit	0 unit	0 %	1 unit	0 unit	0 %

Pembuatan tungku tidak terealisasikan karena metode pengelolaan limbah padat non medis di RS saat ini masih bisa dengan menggunakan metode *sanitary landfill*.

i. Pengurasan Bak Lift Station

Pengurasan bak lift station bertujuan untuk menjaga proses pengelolaan limbah cair di inlet berjalan sesuai dengan fungsinya.

Tabel Pengurasan Bak Lift Station

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pengurasan Bak Lift Station	2 kegiatan	2 kegiatan	100%	2 kegiatan	2 kegiatan	100%

Capaian kegiatan pengurasan lift station pada tahun 2017 adalah 100%. Tetap membersihkan lumpur yang masuk ke bak kontrol sebelum masuk ke bak inlet setiap minggu sehingga proses pengolahan limbah cair berjalan dengan baik dan hasil outlet sesuai dengan baku mutu.

j. Pengawasan Kualitas Limbah Cair

Pemeriksaan laboratorium internal dilakukan bertujuan untuk pemantauan proses pengolahan air limbah sudah sesuai dengan standar baku mutu pengolahan air limbah. Parameter yang di uji adalah pH, COD, BOD, suhu, SS, NH3-free, PO4, SV30, residu klor.

Tabel Pengawasan Kualitas Limbah Cair

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pengawasan Kualitas Limbah Cair	264 hari	233 hari	86,18%	241 hari	217 hari	90,04%

Kegiatan pengawasan kualitas limbah cair tahun 2017 hanya tercapai 90,04%.

Permasalahan :

1) Ketidakhadiran petugas Quality Control (QC) karena ijin dan cuti kerja sehingga berpengaruh pada pencapaian kegiatan pengawasan kualitas limbah cair. Pemeriksaan laboratorium air limbah harus dilakukan oleh petugas QC yang berkompeten karena berhubungan dengan hasil kualitas air limbah.

Solusi permasalahan :

1) Kualitas air limbah RS juga dilakukan pemeriksaan ke laboratorium tersertifikasi setiap bulan sehingga kualitas air limbah tetap bisa terpantau dengan baik

k. Pelaksanaan Pengelolaan Limbah Cair

Pengelolaan limbah cair dilakukan di IPAL (Instalasi Pengolahan Air Limbah) setiap hari kerja.

Tabel Pelaksanaan Pengelolaan Limbah Cair

Indikator Kinerja	Tahun 2015			Tahun 2016		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Pengelolaan Limbah Cair	264 hari	264 hari	100%	241 hari	241 hari	100%

Kegiatan pengelolaan limbah cair tahun 2017 tercapai 100%. Pemeliharaan peralatan IPAL juga dilakukan secara rutin untuk menjaga fungsi peralatan dengan baik.

l. Pemeliharaan Saluran Air Limbah

Kegiatan pemeliharaan saluran air limbah meliputi pemeliharaan perpipaan air limbah dari sumber sampai ke IPAL, memantau sambungan pipa saluran air limbah, melakukan pemeliharaan *manhole* dengan penggelontoran dan pengangkatan *slude* dan material pada saluran *manhole* yang digelontor serta pembersihan PTB (*Pre Treatment Basin*) secara rutin apabila banyak kotoran. Target pemeliharaan saluran air limbah berubah dari jumlah hari kerja menjadi jumlah titik gelontor. Perubahan ini merupakan hasil evaluasi efektifitas kerja pemeliharaan saluran air limbah.

Tabel Pemeliharaan Saluran Air Limbah

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pemeliharaan Saluran Air Limbah	264 hari	264 hari	100%	96 titik gelontor	96 titik gelontor	100%

Capaian kegiatan pemeliharaan saluran air limbah adalah 100%. Kendala-kendala yang ditemukan pada saat pemeliharaan saluran air limbah dilakukan koordinasi dengan IPSRS (Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit) misalnya perbaikan yang berhubungan dengan sarana dan prasarana

m. Terlaksananya Kegiatan Pemeliharaan Tanaman (Pohon)

Kegiatan ini meliputi pemangkasan dan pemotongan pohon yang membahayakan keselamatan pasien dan merusak bangunan.

Tabel Teraksananya Kegiatan Pemeliharaan Tanaman (Pohon)

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Pengelolaan Limbah Cair	24 kegiatan	24 kegiatan	100%	24 kegiatan	24 kegiatan	100%

Capaian kegiatan tahun 2017 : 100% dikarenakan banyak tanaman (pohon) yang memerlukan pemeliharaan dan berumur sudah tua sehingga perlu dipangkas. Tahun 2018 kegiatan ini masuk dalam kegiatan cleaning servis (CS)

n. Terlaksananya Program Penghijauan (Pembuatan dan Peremajaan Taman)

Pembuatan taman di rumah sakit bertujuan untuk Menciptakan lingkungan dan suasana rumah sakit yang asri dan sejuk.

Tabel Pembuatan Taman

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pembuatan Taman	1 kegiatan	1 kegiatan	100%	1 kegiatan	1 kegiatan	100%

Pencapaian kegiatan pembuatan taman tahun 2017 adalah 100%. Pembuatan taman di Telaga.

o. Pengurusan Ijin Lingkungan, TPS B3 dan IPAL

Hampir keseluruhan Peralatan di rumah sakit telah tersertifkasi yaitu boiler, penangkal petir, instalasi listrik, genset, air permukaan.

Tabel Pengurusan Ijin Lingkungan, TPS B3 dan IPAL

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pengurusan Ijin Lingkungan, TPS B3 dan IPAL	1 paket	0	0%	1 paket	1 paket	100%

Ijin rumah sakit yang meliputi Ijin Lingkungan, TPS B3 dan IPAL sudah terelisasikan 100%

p. Pelatihan Kesehatan Lingkungan RS

Pelatihan kesehatan lingkungan RS sebagai upaya untuk peningkatan kompetensi dan pengetahuani tenaga sanitarian RS.

Tabel 18 : Pelatihan Kesehatan Lingkungan RS

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelatihan Kesling	1 Kegiatan	0 Kegiatan	0%	1 Kegiatan	0 Kegiatan	0%

Pelatihan kesehatan lingkungan RS tahun 2017 tercapai 100%. Pelatihan dilaksanakan di Surabaya dengan tema “Workshop Pengelolaan Kesehatan Lingkungan Yang Mendukung Akreditasi Di Fasyankes”

2). Tingkat Kepuasan pasien dan masyarakat

Kondisi yang dicapai saat ini,

Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat diukur dengan menggunakan Indeks kepuasan masyarakat, Implementasi dan evaluasi indikator kinerja kepuasan pasien dan masyarakat tahun 2017 tercapai 82,23%.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Prosentase survei kepuasan pasien dan masyarakat	80%	82,20%	102,75%	80%	82,23%	102,79%

Permasalahan:

Dalam pelaksanaan survey kepuasan pasien dan masyarakat berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), KepMen PAN No.KEP/25/M.PAN/2/2004, dan target 80%

berdasarkan tingkat penilaian kesehatan rumah sakit (perdirjen PB kemkeu nomor 34 tahun 2014) tercapai 82,23%,. Melebihi target yang ditetapkan walaupun di dalamnya masih diperlukan adanya pemantauan dan koordinasi dengan unit kerja terkait dikarenakan ada beberapa unit kerja ruang rawat inap (Kutilang, VIP, Nusa Indah, Perkutut, Garuda, Bangau, dan Dahlia) atau sejumlah 7 ruangan dari 29 ruang rawat inap tidak teridentifikasi. Dan survey yang di lakukan belum dianalisis sesuai dengan SOP yang ditetapkan. Selain itu yang di maksud masyarakat tidak terbatas pada pasien dan keluarga tetapi pengunjung rumah sakit termasuk penyedia.

Usulan Pemecahan Masalah

- Melakukan koordinasi dengan tim perumus, tim pelaksana survei dan direktorat/unit kerja terkait langsung dengan pelayanan pasien dan masyarakat baik di unit kerja rawat jalan, rawat inap dan penunjang lain untuk berpartisipasi aktif dalam keterlibatan pelaksanaan survey serta analisisnya sesuai SOP.

- Pelaksanaan survei kepuasan pasien dan masyarakat masih berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), KepMen PAN No.KEP/25/M.PAN/2/2004 sesuai Indeks Kinerja Terpilih (IKT) Direktur Utama RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang, Sedangkan rekomendasi ISO 9001 implementasi survey mengacu pada PerMenPAN nomor 16 tahun 2014 tentang Pedoman Survei Kepuasan Masyarakat terhadap Penyelenggara Pelayanan Publik

- Melaksanakan survei ke pengunjung rumah sakit. Rekomendasi evaluasi mutu pelayanan rumah sakit oleh Direktorat Mutu dan Akreditasi pelayanan kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

3). Evaluasi Tingkat Kepuasan Pegawai

Kondisi yang dicapai saat ini

Evaluasi Kepuasan pegawai yang dilaksanakan pada Tahun 2017 dengan menyebarkan survey kepada Pegawai RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Adapun hasilnya dapat digambarkan sebagai berikut,

I K U	Satuan		TAHUN 2016		TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Stakeholder							
Tingkat Kepuasan Pegawai	jumlah	>80 %	86,1 %	86,1 %	>80 %	86,2	100%

Permasalahan :

Kegiatan tercapai sesuai target yang telah di tetapkan namun dalam pelaksanaannya mengalami kendala yaitu pada saat di lakukan survey pengembalian kuisioner tidak tepat waktu sehingga proses kompilasi dan analisis terlambat.

Tindak Lanjut:

Survey kepuasan pegawai dilakukan dengan meningkatkan komunikasi dan koordinasi untuk ketepatan waktu pengembalian kuesioner.

4). Evaluasi Tingkat Kepuasan Peserta Didik

Kondisi yang dicapai saat ini:

Kepuasan peserta didik dievaluasi menggunakan survey yang dilaksanakan setiap periode layanan pendidikan. Baik untuk peserta dari S1 Kedokteran, Keperawatan dan Non medis . Adapun yang dievaluasi adalah proses bimbingan, materi, fasilitas praktek, akomodasi dan konsumsi. Hasilnya adalah sebagai berikut:

I K U	Satuan		TAHUN 2016		TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Stakeholder							
Melaksanakan survei Tingkat Kepuasan Peserta Didik Tingkat Kepuasan Peserta Didik	prosentase	85%	86%	86%	85%	87,35%	102,76%

Permasalahan :

Hasil survey menunjukkan kepuasan peserta didik sudah melebihi target yang ditetapkan , namun masih ada masukan dan saran yang perlu menjadi perhatian untuk perbaikan pelayanan khususnya di bidang sarana prasarana pendidikan.

Usulan Pemecahan Masalah,

Masukan dan saran dari peserta didik dimasukkan dalam rencana perbaikan serta berkoordinasi lagi dengan unit terkait terutama jika berkaitan dengan anggaran

5). Komplain yang ditindak Lanjuti

Kondisi yang dicapai saat ini,

Implementasi dan evaluasi penanganan komplain yang di tindaklanjuti tercapai 100%. Keluhan / komplain berasal dari saran isian pada form IKM, form komplain, laporan Duty Manager, SMS gateway, kotak saran dan di sampaikan secara langsung melalui lisan maupun telepon.

Kondisi yang dicapai:

Implementasi dan evaluasi penanganan komplain berdasarkan Kecepatan Respon terhadap Komplain(KRK) tercapai 100%. Keluhan / komplain berasal dari saran isian pada form IKM, form komplain, laporan Duty Manager, email, kotak saran dan di sampaikan secara langsung maupun telepon. Untuk tahun 2017 komplain yang masuk sejumlah 208.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Prosentase penanganan komplain	>75%	100%	133,33%	>75%	100%	133,33%

Permasalahan:

Dalam pelaksanaan penanganan komplain tercapai sesuai target yang di tetapkan yaitu 100%, dalam hal ini terkait kecepatan respon terhadap komplain, namun untuk komplain yang perlu ditindaklanjuti, maka subbagian hukormas melakukan koordinasi dengan unit kerja yang menjadi sumber komplain dalam penyelesaiannya. Dan untuk sarana penanganan komplain atau pengaduan masyarakat diperlukan adanya ruangan yang informatif. Selain telah dilakukannya pengelolaan kotak saran sejak September 2017 dengan rincian terlampir.

Usulan Pemecahan Masalah

- Menginformasikan setiap ada keluhan atau komplain pada unit kerja hendaknya di dokumentasikan dan dikelola, baik komplain yang sudahterselesaikan maupun yang belum terselesaikan selanjutnya selain dilaporkan pada atasan juga memberikan tembusan ke subbagian hukormas agar teridentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan *grading* (merah, kuning, hijau). Karena kecepatan respon terhadap komplain (KRK) merupakan bagian dari kepuasan pelanggan dan menjadi Indikator Kinerja Terpilih (IKI) Direktur Utama RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang.

- Untuk memaksimalkan dalam pengelolaan kotak saran maka perlu koordinasi dengan unit kerja untuk saling mengingatkan bila di dalam kotak saran terisi kritik dan saran untuk tindaklanjuti.

- Masih dalam proses usulan ruangan untuk pengaduan masyarakat

Uraian Penjelasan berkaitan Komplain :

1. Jumlah capaian pembuatan MoU

Kondisi yang dicapai:

Pembuatan MoU di subbagian hukormas terdiri dari MoU pelayanan,MoU pengelolaan/KSO dan MoU pendidikan. MoU pelayanan tercapai 183,33%, MoU KSOtercapai 40% , dan MoU pendidikan tercapai 58,69%. Dalam pelaksanaan pembuatan MoU berdasarkan permohonan MoU (baru)dan perpanjanganMoU dari instansi lain dengan lama waktu yang sudah ditentukan sehingga bisa di pantau proses mulai sampai berakhir nya MoU.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
MoU pelayanan	6	9	150%	12	22	183,33%
MoU KSO	30	23	76,66%	30	12	40%
MoU pendidikan	46	35	63%	46	27	58,69%

Permasalahan:

Dalam pelaksanaanpembuatan MoU,yangMoU Pelayanan melampaui target yakni 183,33%. halini dikarenakan kerjasama selain dengan dinas kesehatan dan dinas sosial propinsi juga jamkesda dijawa timur dan keterkaitan ketentuan pemenuhan persyaratan rumah sakit dalam proses akreditasi, baik akreditasi RS, akreditasi RS Pendidikan dan ISO 9001. Sedangkan untuk MoU KSO tercapai 40% (tidak mencapai target) dikarenakan disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit sedangkan untuk MoU Pendidikan tercapai 58,69% (tidak mencapai target), dikarenakan ada isntitusi tidak melanjutkan kerjasama dengan RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang.Dan berakhirnya MoU bervariasi. Yang penting dan belum dilaksanakan untuk mengetahui dan memantau proses MoU mulai sampai berakhir dalam bentuk aplikasi system.

Usulan Pemecahan Masalah

- Melakukan koordinasi dan konsolidasi antar direktorat dan pihak luar untuk keperluan peningkatan jejaring pelayanan kesehatan jiwa.

- Mengusulkan aplikasi system untuk mempermudah monev MoU

2. Pelaksanaan kegiatan keprotokoleran

Kondisi yang dicapai:

Kegiatan keprotokoleran upacara tercapai 123,08%, pelaksanaan apel tercapai 87,75% , penerimaan tamu pejabat tercapai 187,5%, dan dokumentasi tercapai 116%

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Upacara	12	13	108%	13	16	123,08%
Apel	49	52	106%	49	43	87,75%
Penerimaan tamu pejabat	9	16	178%	16	30	187,5%
Dokumentasi	50	60	120%	50	58	116%

Permasalahan:

Dalam pelaksanaan kegiatan keprotokoleran, secara keseluruhan realisasi kegiatan melebihi dari target yang ditetapkan, misalnya upacara tercapai 123,08% karena selain kegiatan rutin setiap tanggal 17 juga adanya beberapa kegiatan tambahan seperti peringatan hari – hari besar nasionaldan waktu pelaksanaan terkadang dari jadwal yang tersusun sama dengan jadwal apel untuk itulah sehingga pada kegiatan apel hanya tercapai 87,75% namun bukan berarti kegiatan tidak di jalankan. Sedangkan penerimaan tamu pejabat tercapai 187,5% dikarenakan adanya kegiatan Kemenkes atau daerah dan instansi lain yang berkunjung atau study banding ke RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang. Untuk dokumentasi melebihi target yakni 116% menyesuaikan kegiatan rumah

sakit. Selain itu permasalahan pada protokoler terutama pada saat pelaksanaan apel kadang petugasnya asal tunjuk dan belum terlatih

Usulan Pemecahan Masalah

- Terus berupaya meningkatkan koordinasi, komunikasi, informasi dan konsolidasi agar pelaksanaan kegiatan keprotokoleran dapat berjalan tertib aman, lancar dan terkendali dalam setiap pelaksanaannya

- Mengusulkan pelatihan keprotokoleran

3. Pelaksanaan Kegiatan Informasi

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2017, pelaksanaan kegiatan pemberian informasi meliputi: penerimaan telepon masuk99,36%, penyambungan telepon keluar128,58%, media internal 122,85%dan media massa151,28%.Dalam pelaksanaan penggunaan telepon keluar dan masuk menyesuaikan kebutuhan dokter, petugas lain, keluarga pasien, rekanan serta instansi lain. Untuk media massa yang melebihi target dikarenakan banyaknya agenda RS yang sudah terkelola dengan baik,sebagai kontributor berita Dirjen Yankes sejak 16 Maret 2017 yang dihimbau untuk peliputan setiap kegiatanjuga untuk membuat secara rutin mengirimkan artikel kegiatan RS. Pencapaian target tersebut merupakan gabungan antara publikasi media internal dan eksternal.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Penerimaan telepon masuk	4938	4454	90%	4938	4970	99,36%
Penyambungan telepon keluar	7484	9556	128%	9556	12,287	128,58 %
Media internal	230	385	167%	385	473	122,85 %
Media massa	18	78	433%	78	118	151,28 %

Permasalahan:

Seperti uraian di atas, bahwa pelaksanaankegiatan pelayanan informasi baik melalui media internal maupun media massa yang melampaui target dikarenakan kebutuhan layanan informasi telah terkelola dengan baik melalui email, whatsapp, sms gateway, instagram, twitter, facebook, dan blog. Dari beberapa indikator kinerja tersebut diatas, walaupun capaiannya melampaui target, namun secara kualitas masih diperlukan adanya perbaikan sarana prasarana. Layanan informasi yang memadai.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Untuk media internal, diperlukan adanya tempat yang memadai serta sarana yang mendukung dalam kejelasan penyampaian informasi.
- Untuk media massa, perlu dilakukan pemilahan target media berdasarkan jenis media internal dan eksternal.
- Terus berupaya mensosialisasikan dan melakukan koordinasi kegiatan dalam publikasi terutama terkait media massa tersebut.
- Peningkatan pengelolaan layanan informasi yang diterima mulai tahun 2017 tercatat 999 dan akan di tetapkan sebagai tambahan informasi yang pelaksanaannya di ruang operator telpon

4. Pelaksanaan kegiatan *Duty Manager*

Pada tahun 2017, pelaksanaan *duty manager* tercapai 102,08%, dalam pelaksanaan kegiatannya berdasarkan jadwal yang telah dibuat setiap bulan dengan membuat laporan dan rekap kehadiran.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Duty Manager	480	448	93,33%	480	490	102,08%

Permasalahan:

Dalam pelaksanaankegiatan *duty manager* disesuaikan dengan jadwal yang telah dibuat, realisasi dalam pelaksanaannya melebihi target dikarenakan adanya penyesuaian hari libur nasional.

Usulan Pemecahan Masalah

- peningkatan kualitas pelaksanaan kegiatan *duty manager*, dengan memilikirasa tanggung jawab terkait keberadaan petugas duty manager saat bertugas.
- Meningkatkan kualitas pelayanan terkait dengan kecepatan respon terhadap komplain dan citra rumahsakit semakin meningkat.
- Mengusulkan peningkatan kompetensi petugas jaga duty manager.

Lain – lain

1. Mulai tahun 2017 pembuatan SK Direktur Utama sudah di dokumentasikan dengan baik karena masukf dalam Daftar Informasi yang di publikasikan setiap saat (DIP) berdasarkan UU KIP nomor 14 tahun 2008
2. Pengelolaan pelaksanaan kegiatan tugas jaga sift di operator telepon

6). Akreditasi Nasional Paripurna

Kondisi yang dicapai saat ini,

Tercapainya akreditasi paripurna versi 2012 oleh KARS tahun 2015 telah dipertahankan dengan re visitasi pada tahun 2016 dan 2017. Demikian juga ISO 9001 : 2008 tetap dipertahankan untuk menunjang mutu pelayanan di Rumah Sakit. Untuk menuju RS Pendidikan tahun 2017 telah dilakukan survey RS Pendidikan Afiliasi :

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Terakreditasi Nasional dan Internasional	Jumlah	Pelaksanaan surveilance ISO 9001 : 2008	2	100%	2	2	100%
		Re visit akreditasi RS versi 2012	1	100%	1	1	100%
		Akreditasi RS Pendidikan	0	0%	1	1	100%

Permasalahan,

- Tahun 2017 telah dilakukan re visitasi akreditasi versi 2012 kedua dan masih ditemukannya standart yang belum dikerjakan.
- Rekomendasi dari KARS akan dipenuhi dengan Perencanaan Perbaikan Strategis yang saat ini masih proses penyelesaian.

- MoU tripartite yang mengacu pada PP No 93 tahun 2015, antara FK Universitas Wijaya Kusuma Surabaya dan RSUD Sidoarjo dengan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang baru terealisasi pada bulan September 2016,SKB baru dilaksanakan sesudahnya.
- Permohonan visitasi baru dilayangkan pada bulan Nopember 2016 dan pelaksanaan visitasi baru dilakukan pada tanggal 21 Januari 2017

Usul Pemecahan Masalah,

- Mengkoordinasikan kembali Perencanaan Perbaikan Strategis dengan unit terkait sebelum diserahkan ke KARS.
- Visitasi Akreditasi RS Pendidikan belum bisa dilakukan tahun 2016 dan baru bisa dilakukan pada 21 Januari 2017.

7). Pengembangan Pelayanan Psikogeriatri Berbasis Rumah Sakit

Kondisi yang dicapai saat ini,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Jumlah pengembangan jenis pelayanan psikogeriatri berbasis RS	Jenis Pelayanan	2	2	100%	3	3	100%

Permasalahan:

Target penambahan jenis pelayanan psikogeriatri berbasis Rumah Sakit tercapai, berupa layanan *daycare* psikogeriatri yang dilaksanakan dua kali dalam seminggu. Yang menjadi kendala adalah aksesibilitas gedung layanan tersebut.

Usul Pemecahan Masalah :

Diupayakan untuk mengadakan shuttle service di dalam RSJRW atau berjejaring dengan lembaga-lembaga penyedia layanan ambulans gratis untuk memfasilitasi kebutuhan antar jemput pasien ke Gedung Adiyuswa

8). Pengembangan Pelayanan Psikogeriatri Berbasis Komunitas

Kondisi yang dicapai saat ini,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Jumlah pengembangan jenis pelayanan psikogeriatri berbasis Komunitas	Jumlah Lembaga	2	2	100%	3	3	100%

Selain pembinaan tentang kesehatan jiwa usia lanjut yang dilakukan untuk Puskesmas dan Yayasan Gerontologi Abiyoso Kabupaten Malang, sejak tahun 2017 telah dilaksanakan secara rutin sekali dalam dua bulan *caregiver meeting* dengan para *caregiver* Demensia yang tergabung dalam Alzheimer's Indonesia Malang *chapter. Telah dilaksanakan juga peningkatan pemahaman dan kepedulian masyarakat tentang Demensia*

9). Jumlah Institusi Jejaring Pelayanan Psikogeriatri

Kondisi yang dicapai saat ini,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Jumlah Institusi Jejaring Pelayanan Psikogeriatri	Jumlah Lembaga	2	2	100%	Maintenance	Maintenance	100%

Jejaring pelayanan yang dipelihara saat ini adalah dengan dua buah panti milik Dinas Sosial Propinsi Jawa Timur. Di samping itu, Klinik Psikogeriatri menerima rujukan kasus dari fasilitas kesehatan yang berada di 21 (dua puluh satu) Kabupaten/Kota yang ada di Jawa Timur

10). Jumlah Institusi Jejaring Pendidikan Psikogeriatri

Kondisi yang dicapai saat ini,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Jumlah Institusi Jejaring Pendidikan Psikogeriatri	Jumlah Lembaga	Maintenance	Maintenance	100%	1	1	100%

Analisa:

Kerjasama pendidikan dengan peserta didik untuk Program Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Widya Mandala Surabaya sejak tahun 2016 berjalan dengan baik untuk pelaksanaan kepaniteraan klinik psikiatri khususnya psikogeriatri. Namun tetap akan dicoba untuk memperluas kerjasama dalam hal pendidikan Psikogeriatri dengan PPDS Psikiatri . Penjajakan kerjasama akan dimulai dengan FK UNAIR karena semula direncanakan dengan FK Universitas Brawijaya , namun ternyata FK Universitas Brawijaya masih belum membuka pendidikan PPDS psikiatri disebabkan masih kurangnya *homebase doctor* di psikiatri FK Universitas Brawijaya .

11). Jumlah Institusi Jejaring Penelitian Psikogeriatri

Kondisi yang dicapai saat ini,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Jumlah Institusi Jejaring Penelitian Psikogeriatri	Jumlah Lembaga	Perencanaan	Perencanaan	100%	1	0	0%

Permasalahan,

Direncanakan untuk bekerjasama dalam hal penelitian Psikogeriatri dengan PPDS Psikiatri FK Universitas Brawijaya yang semula akan mulai beroperasi tahun 2016 di RS Dr. Saiful Anwar, namun ternyata operasionalisasi tersebut ditunda karena kurangnya *homebase doctor* di Psikiatri FK Universitas Brawijaya

Usul Pemecahan Masalah,

Melakukan penjajakan dengan institusi untuk penelitian psikogeriatri misalnya dengan FK Universitas Widya Mandala yang selama ini dokter mudanya sudah malakukan kepaniteraan klinik untuk psikogeriatri di RSJ dr Radjiman Wediodiningrat dan melakukan penjajakan baru dengan FK UNAIR untuk PPDS Psikiatri

KINERJA INSTALASI PSIKOGERIATRI

Indikator Kinerja		2016			2017		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Operasionalisasi klinik geriatri terpadu di gedung induk RSJRW; 2. Penelitian	Perencanaan	1	1	100%	1	1	100%
	Membangun klinik geriatri terpadu di gedung induk RSJRW	1	1	100%	1	1	100%
	Membangun Klinik *Day care* Terpadu untuk Usia Lanjut	1	1	100%	1	1	100%
Merintis *Home Care*	Merintis *Home Care*	1	1	100%	1	1	100%
Penyelenggaraan pelayanan Paliatif	Penyelenggaraan pelayanan Paliatif	1	1	100%	1	1	100%
Penambahan Terapi Okupasi Pasien	Aktifitas misal *Gardening*	1	1	100%	1	1	100%
	Membuat kerajinan, misal : kerajinan dari limbah plastik/kertas	1	1	100%	1	1	100%
Penelitian berbasis RS	Melakukan penelitian yang bersifat inovatif dan berkontribusi untuk peningkatan mutu layanan	1	1	100%	1	1	100%
	Publikasi hasil penelitian	1	1	100%	1	1	100%
Caregiver training.		1	1	100%	1	1	100%
Pengembangan jejaring pelayanan & pendidikan	Mengembangkan jejaring pelayanan dan pendidikan dengan Residen Psikiatri di Jawa Timur	1	0	0%	1	0	0%
Caregiver Training	Caregiver Training	1	1	100%	1	1	100%
Memperingati Hari Lansia Mei	Memperingati Hari Lansia Mei	1	1	100%	1	1	100%
Membagi tugas antar simpul pelayanan psikogeriatri	Membagi tugas antar simpul pelayanan psikogeriatri	1	1	100%	1	1	100%
Penelitian berbasis komunitas	Penelitian tentang berbagai aspek psikososial usia lanjut (bisa dilakukan secara mandiri maupun dalam bentuk kerjasama dengan institusi mitra)	1	1	100%	1	1	100%
Pembinaan	Pembinaan/	6	8	133%	6	8	133%

Lansia/Karang Wreda/Posyandu	pendampingan / fasilitasi inisiatif Lansia/Karang Wreda/Posyandu						
Merealisasikan MOU pendidikan	Merealisasikan MOU pendidikan PPDS dengan Unibra-RSSA	1	0	0%	1	0	0%
Melaksanakan Pemberdayaan Layanan PPK Primer dan Sekunder	*Telemedicine* Psikogeriatri	1	1	100%	1	1	100%
Melaksanakan Kerjasama dengan Sister Hospital LN dan DN	Melaksanakan Kerjasama dengan Sister Hospital	1	1	100 %	1	0	100 %

12). Permberdayaan Layanan PPK Primer dan Sekunder

Kondisi yang dicapai saat ini,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Pemberdayaan Layanan PPK Primer dan Sekunder	Jumlah	Perencanaan Pelaksanaan Pembinaan	Perencanaan Pelaksanaan Pembinaan	100%	8	13	162,5%

Pemberdayaan layanan PPK Primer dan Sekunder dilaksanakan dalam bentuk *refreshing* tentang pelayanan kesehatan jiwa bagi petugas kesehatan di Puskesmas, baik dengan kunjungan ke Puskesmas maupun dengan mengadakan acara pertemuan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat

13). Jumlah Institusi kerjasama dengan sister hospital luar negeri dan Dalam Negeri

Kondisi yang dicapai saat ini,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Terealisasinya Kerjasama dengan Sister Hospital LN dan DN	Jumlah Lembaga	Perencanaan	Perencanaan	100%	1	Penjajagan	-

Permasalahan,

Telah dilaksanakan kunjungan penjajagan kerjasama dengan Taipei Veterans General Hospital (TVGH) – Yuli Branch pada bulan November 2016, namun ketika diajukan

permohonan untuk menjalin *sistership*, pihak TVGH menyatakan bahwa saat ini mereka kekurangan SDM sehingga khawatir tidak dapat memenuhi kebutuhan untuk melatih SDM yang dikirim dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat bila terlaksana *sistership*.

Usul Pemecahan Masalah

- Melakukan penjajagan dengan rumah sakit lain, dalam hal ini adalah Srithanya Hospital di Thailand
- Membuat paket pengampuan bagi rumah sakit di dalam negeri, misalnya di bidang psikogeriatri

14). Jumlah Institusi yang melakukan supervisi

Supervisi oleh institusi jejaring pendidikan merupakan program baru yang dilaksanakan mulai tahun 2015. Kegiatan ini merupakan terobosan untuk meningkatkan kwalitas bimbingan kepada praktikan. Supervisi oleh institusi jejaring pendidikan termasuk dalam indikator mutu . Adapun hasil dari supervisi pendidikan dapat digambarkan sebagai berikut,

IKU	Satuan		TAHUN 2016		TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Lokakarya dengan institusi pasangan	jumlah	2	1	50%	2	0	0%
Kegiatan Supervisi dengan institusi pasangan	jumlah	117	138	115%	138	143	103,6%

Permasalahan:

Lokakarya dengan institusi pasangan untuk institusi medis dan non medis belum terselenggara

Usul Pemecahan Masalah:

Koordinasi lebih lanjut dengan institusi pendidikan medis dan non medis untuk penyelenggaraan lokakarya.

15). Prosentase Unit Kerja yang mencapai target IKU

Kondisi

Terdiri dari Indikator Mutu Prioritas, Indikator Sasaran Keselamatan Pasien dan Indikator Mutu Unit Kerja , semua unit melaporkan sasaran pencapaiannya sebagai berikut :

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Prosentase kerja yang mencapai target IKU	prosentase	100%	85%	85%	100%	85%	87%

Permasalahan :

Ada beberapa unit yang tidak dapat mencapai target yang telah direncanakan sekitar 15 %, tetapi terus dilakukan monitoring dan evaluasi oleh Komite Penjamin Mutu.

Usul pemecahan masalah :

Dilakukan root cause analisys oleh unit yang bersangkutan dan melibatkan beberapa unit/ profesi sesuai masalah yang ditangani agar nantinya bisa diketahui permasalahan untuk mencari solusinya. Perincian indikator dijelaskan dalam laporan Komite Keselamatan dan Kinerja.

16). Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja

Penilaian implementasi budaya kerja pegawai targetnya adalah 70% dan sudah terealisasi..

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja	Prosentase	70%	0%	0%	80%	77,85%	77,85%

Permasalahan :

Penilaian implementasi budaya kerja pegawai sudah dilakukan namun dalam pelaksanaanya ada perbaikan perbaikan dalam hal indikator penilaiannya.

Tindak Lanjut :

Mengevaluasi sistem penilaian implementasi budaya kerja dan mengundang konsultan budaya kerja dalam rangka koordinasi dengan tim budaya kerja

Pencapaian Bagian SDM :

Kondisi yang dicapai :

INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Terlaksananya capacity building	3 pkt/th	7 pkt/th	233,33%	1	1	100%
Terlaksananya benchmarking	1 pkt/th	1 pkt/th	100%	1	1	100%
Terlaksananya Peringatan Hari Kartini / hari Ibu	1 pkt/th	1 pkt/th	100%	1	1	100%
Jumlah pengelolaan kesejahteraan SDM	7 keg/th	7 keg/th	100%	8	8	100%

Permasalahan :

1. Terlaksananya capacity building

   Kegiatan sesuai target yang telah di tetapkan namun untuk memberikan motivasi dan penguatan komitmen pejabat struktural dan fungsional kegiatan ini tetap dijadwalkan..
2. Terlaksananya benchmarking

   Kegiatan tercapai sesuai target yang telah ditetapkan, kegiatan tersebut terkait dengan study banding tentang manajemen pengelolaan sumberdaya manusia non PNS dan kontrak kinerja pegawai.
3. Terlaksananya Peringatan Hari Kartini 2017 dengan tema Tauladan Kartini : visioner, gigih, inspiratif dengan tujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang membuat pegawai senantiasa selalu mendukung tujuan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Sedang

   Kegiatan peringatan hari ibu belum terlaksana dikarenakan terbentur dengan padatnya kegiatan di rumah sakit.
4. Jumlah pengelolaan kesejahteraan pegawai

   Kegiatan pengelolaan kesejahteraan pegawai yang meliputi pengelolaan BPJS, TASPEN, cuti pegawai, uangduka, tali asih, pemeriksaan kesehatanpegawai, uang makan pegawai PNS dan pengelolaan pegawai Non PNS sudah sesuai dengan target kecuali untuk pengelolaan taspen tidak tercapai hal ini disebabkan karena pada tahun 2017 tidak ada formasi CPNS.

   Terkait pengelolaan cuti pegawai, tercapai sesuai target yang telah di tetapkan, namun dalam pelaksanaanya cuti mengalami perubahan yaitu pada cuti bersama yang telah ditetapkan oleh presiden tidak mengurangi cuti tahunan yang pada tahun sebelumnya mengurangi.

   Terkait pengelolaan BPJS Kesehatan bagi pegawai non PNS tercapai sesuai target namun ada perubahan dalam pengelolaanya, dimana iuran yang sebelumnya dibiayai oleh pusat (rupiah murni sebanyak 41 orang) mulai bulan januari tahun 2017 dibiayai oleh RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Usulan Pemecahan Masalah :

1. Terlaksananya capacity building ,tetap direncanakan/dijadwalkan secara berkala setiap tahun
2. Terlaksananya benchmarking, tetap direncanakan/ dijadwalkan minimal setiap tahun sekali
3. Terlaksananya Peringatan Hari Kartini / hari Ibu .Tetap direncanakan/ dijadwalkan minimal setiap tahun sekali
4. Jumlah pengelolaan kesejahteraan SDM .

   Kegiatan kesejahteraan pegawai tahun 2017 tercapai, meliputi 8 kegiatan pengelolaan: BPJS, Taspen,cuti pegawai, uang duka, tali asih, pemeriksaan kesehatan berkala, uang

pegawai PNS dan pengelolaan pegawai Non PNS. Tercapai sesuai target 7 kegiatan, sedangkan 1 kegiatan tidak tercapai (pengelolaanTaspen) karena tidak ada rekruitmen CPNS.

Pelaksanaan program unit kerja

Kondisi yang dicapai :

INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Jumlah kegiatan mutasi pegawai	7 keg/th	7 keg/th	100%	7 keg/th	7 keg/th	100%
Jumlah kegiatan Penatausahaan Pegawai	10 keg/th	10 keg/th	100%	10 keg/th	10 keg/th	100%
Jumlah kegiatan koordinasi Internal dan Eksternal	24 pkt/th	18 keg/th	75%	36	52	144%

Permasalahan :

1. Jumlah kegiatan mutasi pegawai :

   Kegiatan mutasi meliputi: Mutasi pindah pegawai eksternal RSJRW, Mutasi pindah pegawai internal, Kenaikan pangkat reguler / pilihan, Kenaikan pangkat fungsional, Usulan jabatan fungsional pertama, Pengusulan pensiun, Mengelola pegawai yang meninggal. Prsoses mutasi tercapai sesuai target namun dalam pelaksanaanya ada kendala.

   a. Pada mutasi internal RSJRW usulan dari unit kerja ke Bagian SDM terlambat,
   b. Pada proses Kenaikan pangkat reguler / pilihan, Kenaikan pangkat fungsional Proses kenaikan pangkat reguler, fungsional dan pensiun tercapai sesuai target namun dalam prosesnya memerlukan waktu lama dikarenakan proses di Kementerian Kesehatan harus melalui Yankes terlebih dahulu dan kurangnya kesadaran pegawai dalam penyusunan DUPAK

2. Jumlah kegiatan Penata usahaan Pegawai :

   Kegiatan penatausahaan pegawai pada tahun 2017 sejumlah 10 kegiatan yang meliputi: pengusulan KARIS/KARSU, pengusulan KARPEG, pembuatan surat tugas, pembuatan Surat Keputusan DIRUT, mengagendakan surat, administrasi kepegawaian lainnya, meng-update SIMKA online, merekap data ketenagaan bulanan, pengusulan kenaikan gaji berkala dan meng-update dan membuat DUK semua kegiatan tercapai sesuai target yang di tetapkan, namun terkait dengan Update SIMKA terdapat kendala kurangnya data pendukung dalam Update SIMKA karena pegawai tidak melapor jika terjadi perubahan data dikarenakan pegawai kurang memahami kepentingan Update SIMKA..

3. Jumlah kegiatan koordinasi Internal dan Eksternal
   a. Koordinasi internal sudah tercapai sesuai target namun dalam pelaksanaanya kadang tidak sesuai dengan jadwal, hal ini dikarenakan padatnya kegiatan sehingga pelaksanaannya di tunda atau dijawalkan ulang pada minggu berikutnya dalam bulan yang sama..
   b. Koordinasi eksternal sudah tercapai sesuai target, namun dalam pelaksanaannya sering mendadak tergantung undangan dari pusat dan juga kadang terlambat membuka emailnya.

Usulan Pemecahan Masalah :

1. Jumlah kegiatan mutasi pegawai :
   a. Meningkatkan koordinasi dengan unit-unit yang akan mengadakan mutasi internal,
   b. Dilakukan follow up secara berkala ke Biro Kepegawaian dan Dirjen Yankes.
   c. Membuat edaran kepada pegawai jabatan fungsional untuk pengumpulan dupak setiap semester secara berkala.
2. Jumlah kegiatan Penatausahaan Pegawai :
   a. Sosialisai tentang kelengkapan administrasi kepegawaian dalam rangka pemenuhan data update SIMKA.
3. Jumlah kegiatan koordinasi Internal dan Eksternal :
   a. Melaksanakan sesuai jadwal,
   b. Sering memonitar undangan dari email.

17). Prosentase Pegawai yang memenuhi standar kompetensi

Kondisi yang ada saat ini,

Peningkatan kompetensi pegawai dilakukan melalui pendidikan berkelanjutan, dan pelatihan. Pelatihan dilaksanakan secara inhouse training maupun pelatihan eksternal.

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Prosentase Pegawai yang Memenuhi Standar Kompetensi	prosentase	75%	77,5%	77,5%	65%	71,78%	71,78%

Permasalahan,

- ✓ Pendidikan dan pelatihan yang dilaksanakan pada tahun 2017 melampaui target dikarenakan 1 orang pegawai mengikuti beberapa pelatihan dengan materi yang berbeda.
- ✓ Pegawai yang memenuhi standar kompetensi dari 585 (TNA) dibanding 815 (jumlah pegawai dan tercapai 71,78%.

Tindak Lanjut :

Melaksakan pendidikan dan pelatihan khususnya yang terkait dengan persyaratan akreditasi dan pemenuhuan gap kompetensi berdarsarkan Training Need Assesment / TNA.

Pencapaian Bagian Diklit

Jumlah pegawai yang melaksanakan pendidikan berkelanjutan

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
PPDS	10	15	150%	7	8	114,3%
Sp Keperawatan Jiwa	0	0	0	1	0	0%
S2 Manajemen RS	0	0	100%	0	0	100%
S3 Sub spesialis Psikiatri anak dan remaja	1	1	100%	1	1	100%
S3 Sub Spesialis Geriatri	1	1	100%	1	1	100%
Sub spesialis jiwa perawat	0	0	0	0	0	0%
S2 Hukum Kesehatan	1	1	100%	1	1	100%
Perawat gerontik	1	0	0	1	0	0%
S1 Komputer	1	1	100%	0	0	0%
S1 Akuntansi	1	1	100%	0	0	0%
S2 Gizi	0	0	0	0	0	0%
D4 Okupasi Terapi	1	1	100%	1	1	100%
D III Farmasi						
S2 Keperawatan				1	2	200%
S2 Farmasi	2	2	100%	1	1	100%
S1 Keperawatan	6	6	100%	6	12	200%
S2 Manajamen kesehatan	1	1	100%	1	0	0%
S1 Administrasi	5	5	100%	5	5	100%
S1 Hukum	1	1	100%	1	1	100%
S2 Magister Manajemen SDM	1	1	100%	1	2	100%
D4 Teknik Radiodiagnostik dan Radioterapi	1	1	100%	1	1	100%
S1 Kesehatan Lingkungan				1	1	100%
	35	38		41	37	

Tingkat pencapaian kegiatan pendidikan berkelanjutan untuk PPDS tercapai 114,3 %, karena kebutuhan sebagian PPDS ada yang sudah selesai melaksanakan tugas belajar dan sudah bekerja kembali.

Anggaran:

Anggaran dari program pendidikan yg dialokasikan dari DIPA RSJ RW sebesar Rp. 72.900.000,- dan terealisasi sebesar Rp 71.600.000,- (98,2 %)

a. Pengembangan kompetensi pegawai:

Kondisi yang dicapai:

Kegiatan ini bertujuan untuk mengembangkan kompetensi pegawai sesuai matriks kompetensi serta monitoring dan evaluasi dalam implementasi kompetensinya.

Pengembangan kompetensi pegawai

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pendidikan berkelanjutan Dokter Spesialis Penyakit Dalam (K.Ger), perawat spesialis gerontik, dll	1	1	100%	1	1	100%
Monitoring & Evaluasi tenaga terlatih	1	1	100%	1	1	100%
Pengurusan surat ijin/tugas belajar	33	18	54,5%	40	40	100%
Peningkatan kompetensi CI	1	1	100%	1	1	100%

Analisa:

Pengurusan surat izin dan tugas belajar tercapai 100% karena adanya pemutihan izin dan tugas belajar.

b. Pelatihan internal dan eksternal

Kondisi yang dicapai:

Sesuai dengan TNA , telah disepakati program pelatihan internal dan eksternal, baik,untuk memenuhi gap kompetensi SDM sesuai standar akreditasi RS versi 2012.

Program program pelatihan internal dan eksternal yang dilaksanakan di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang ditetapkan melalui SK Direktur Utama RS dan hasil pelaksanaan kegiatan pada tahun 2017 dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Jumlah Pegawai yang mendapatkan Pelatihan Internal dan External

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Penyusunan prioritas alokasi anggaran peningkatan SDM	1	1	100%	1	1	100%
Pelatihan internal dan eksternal mendukung pengembangan pelayanan rumah sakit	1726 orang	2597 orang	150%	1726 orang	1572 orang	91%

Analisa capaian:

Tingkat pencapaian kegiatan belum mencapai target yang ditetapkan,dikarenakan adanya kegiatan pelatihan in house training yang dialihkan menjadi pelatihan eksternal, pelatihan in house training yang dilaksanakan hanya sedikit karena sebagian sudah terlaksana di tahun sebelumnya.

c. Pelatihan dokdiknis

Pelatihan Dokdiknis

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Penyelenggaraan pelatihan dodiknis dan CI yang dilaksanakan bekerjasama dengan institusi pasangan	1	4	400%	4	5	125%

Analisa capaian:

Tingkat pencapaian kegiatan mencapai target yang ditetapkan, karena adanya pelatihan bagi dosen pembimbing klinis yang diselenggarakan institusi pasangan dan pelatihan komunikasi efektif berupa in house training

d. Penelitian yang berbasis pelayanan RS

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2016 ada 2 kegiatan penelitian internal, dengan demikian tingkat pencapaian dari kegiatan ini adalah 100%.

Capaian penelitian berbasis layanan RS

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melakukan penelitian yang bersifat inovatif dan berkontribusi untuk peningkatan mutu layanan	1	0	0%	1	0	0%
Publikasi hasil penelitian	2	2	100%	2	2	100%

Permasalahan:

Tingkat pencapaian kegiatan penelitian yang bersifat inovatif dan berkontribusi untuk peningkatan mutu layanan belum mencapai target yang ditetapkan,dikarenakan:

1) program penelitian bagi pegawai di RSJ dr.Radjiman Wediodiningrat baru mulai menunjukkan minat dan jumlahnya masih sedikit
2) Belum memiliki tim laik etik penelitian sendiri

Usulan pemecahan masalah:

1) Mensosialisasikan program penelitian bagi pegawai di RSJ dr.Radjiman Wediodiningrat untuk menumbuhkan minat pegawai untuk meneliti
2) Menyelenggarakan / mengirimkan peserta untuk mengikuti pelatihan Good Clinical Practice sebagai syarat membentuk tim laik etik penelitian di RS sehingga memungkinkan RS untuk bekerja sama dengan peneliti dari luar
3) Mengadakan kerjasama penelitian dengan institusi pendidikan dari luar

e. Merealisasikan MoU pendidikan psikogeriatri dan pendidikan lainnya

Kegiatan layanan pendidikan di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang meliputi kegiatan layanan praktikan, layanan magang tenaga kesehatan, layanan kunjungan, layanan studi banding, layanan perpustakaan dan layanan penelitian.

1) Kegiatan Layanan Praktikan:

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kegiatan layanan Praktikan PPDS	3	0	0%	3	0	0%
Kegiatan layanan Praktikan/PKL S1 Kedokteran	506 Org/thn	410 Org/thn	81,02 %	508 Org/thn	415 Org/thn	81,69 %
Kegiatan layanan Praktikan /PKL S1 & S2 Keperawatan	3525 Org/thn	3541 Org/thn	100.5%	3542 Org/thn	3309 Org/thn	93%
Kegiatan layanan praktikan/PKL D3 Keperawatan	2373 org/th	2836 org/th	119.5%	2801 org/th	2418 org/th	86%
Kegiatan layanan praktikan/PKL S1 Psikologi	42 org/thn	25 Org/thn	59,52%	34 org/thn	38 Org/thn	111%
Kegiatan layanan praktikan/PKL S2 Psikologi	75 org/thn	100 org/thn	133,3%	107 org/thn	56 org/thn	52%
Kegiatan layanan praktikan/PKL lain-lain	297 Org/thn	175 Org/thn	58%	103 Org/thn	45 Org/thn	53,4%
Pelaksanaan kegiatan layanan magang	6 org/thn	17 org/thn	283%	6 org/thn	13 org/thn	216%

Analisa capaian dan permasalahan:

1) Jumlah kelulusan dari institusi kedokteran serta pengaturan perputaran kepaniteraan klinik di RS lain turut mempengaruhi jumlah mahasiswa kedokteran yang melaksanakan kepaniteraan klinik di RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat
2) Kegiatan layanan praktikan S1 Keperawatan dan DIII Keperawatan sesuai dengan mapping jadwal praktik yang di ajukan oleh institusi
3) Layanan praktikan S1 psikologi 2016 tercapai 111% dikarenakan banyaknya jumlah kelulusan dari institusi
4) Layanan praktikan S2 psikologi 2016 tercapai sebesar 52% dikarenakan sesuai dengan mapping jadwal praktik yang di ajukan oleh institusi
5) layanan praktek Non Medis tahun 2016 tercapai 53,40% dikarenakan sebagaian institusi dialihkan menjadi kunjungan sehari oleh institusi

Usulan pemecahan masalah:

1) Menjajaki kerjasama dengan institusi pendidikan kedokteran lainnya
2) Mengevaluasi MoU dengan institusi pendidikan keperawatan dan non medis, bila memungkinkan dilakukan perpanjangan kembali bagi Mou yang telah habis masa berlakunya
3) Mengevaluasi pola tarif dengan kesesuaian sarana prasarana pendidikan

Anggaran:

Anggaran untuk kegiatan ini, sepenuhnya dibebankan pada institusi pasangan yang diatur pada pola tarif yang telah disepakati kedua belah pihak dan ditetapkan melalui SK

Direktur Utama. Pendapatan hasil kegiatan tersebut menjadi bagian pendapatan BLU rumah sakit. Sedangkan alokasi biaya pelaksanaan kegiatan merupakan bagian dari anggaran belanja rumah sakit

2) Kegiatan Layanan magang, kunjungan dan studi banding

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan kegiatan layanan magang	6 org/thn	17 org/thn	283%	17 org/thn	15 org/thn	88,24%
Jumlah Layanan Kunjungan Sehari	1800 Org/thn	3113 Org/thn	172%	3113 Org/thn	4166 Org/thn	133,82%
Jumlah Layanan Studi Banding	13 Org/thn	26 Org/thn	200%	26 Org/thn	78 Org/thn	300%

Analisa capaian:

1) Capaian layanan magang tahun 2017 tercapai 88,24% dikarenakan pengiriman peserta magang dari kabupaten / kota yang akan membuka layanan kesehatan jiwa terbatas
2) Layanan kunjungan tahun 2016 tercapai sebesar 133,82% dikarenakan ada beberapa institusi yang telah bekerja sama dengan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat untuk praktik kerja lapangan juga rutin mengirimkan mahasiswanya untuk kunjungan terlebih dahulu
3) Capaian layanan studi banding tahun 2017 meningkat sebesar 300 % dikarenakan ada kebutuhan institusi akan Akreditasi RS , Akreditasi RS Pendidikan dan layanan unggulan psikogeriatri

Anggaran:

Anggaran untuk kegiatan layanan magang, kunjungan dan studi banding sesuai pola tarif dan pendapatan hasil kegiatan tersebut menjadi bagian pendapatan BLU rumah sakit, sedangkan alokasi biaya pelaksanaan kegiatan merupakan bagian dari anggaran belanja rumah sakit.

3) Pelaksanaan Pengelolaan Asrama

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah pengguna Asrama	91.692 org/thn	110.728 org/thn	120%	110.728 org/thn	85.788 org/thn	77,48%

Analisa capaian:

Jumlah pengguna asrama tercapai 77,48% mungkin disebabkan penjadualan kegiatan dari institusi dan penyesuaian dengan tarip asrama yang baru

Anggaran: Anggaran untuk kegiatan ini sesuai pola tarif dan pendapatan hasil kegiatan tersebut menjadi bagian pendapatan BLU rumah sakit, sedangkan alokasi biaya pelaksanaan kegiatan merupakan bagian dari anggaran belanja rumah sakit

18). OEE (Overall Equipment Effectiveness)

Kondisi yang ada saat ini,

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Pengembangan personil dan organisasi							
OEE (overall equipment effectiveness	prosentase	55 %	80,7%	80,7%	60%	80,05%	80,05%

Permasalahan,

Penghitungan Incinerator Boiler 72,4,5 % Generator listrik 81,59% % yang mensuplai jika listrik padam dan peralatan IPAL 86,59 %. Semua peralatan berfungsi sebagaimana mestinya walaupun biasanya ada sedikti gangguan yang terjadi.

Tindak Lanjut :

Dilakukan maintenance secara berkala terhadap keefektifan saranan prasarana yang menunjang pelayanan. Unit yang melakukan kegiatan tersebut adalah Instalasi Kesling, IPSRS dan Binatu.

Perhitungan OEE :

1. Mesi Incinerator

OEE (OVERALL EQUIPMENT EFECTIVENESS)
MESIN INCINERATOR

- Availability
  a. Waktu operasional : 4 jam (240 menit)
  b. Waktu setup : 0 menit
  c. Waktu breakdown : 60 menit

Availability = $\frac{\text{(Waktu operasional - Waktu setup - Waktu breakdown)}}{\text{Waktu operasional}}$ X 100%

= $\frac{(240-0-60)}{240}$ X 100%

= 75%

- Performance Rate
  a. Waktu yang tersedia : 180 menit
  b. Cycle time : 1,15 menit
  c. Volume produk yang dihasilkan : 200 Kg

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

= $\frac{200}{180 \times 1,15}$ X 100%

= 96,6 %

- Quality Rate
  a. Jumlah parameter uji emisi yang sesuai
  b. Jumlah seluruh parameter uji emisi

Quality rate = Jumlah parameter uji emisi yang sesuai X 100%
Jumlah seluruh parameter uji emisi
= 13 X 100%
13
= 100%

OEE IPAL = Availability X Performance Rate X Quality Rate

= 75% X 96,6% X 100%
= 72,45%

2. IPAL

OEE (OVERALL EQUIPMENT EFECTIVENESS)
PERALATAN IPAL

- Availability
  a. Waktu operasional : 24 jam (1440 menit)
  b. Waktu setup : 90 menit
  c. Waktu breakdown : 0 menit

Availability = (Waktu operasional - Waktu setup - Waktu breakdown) X 100%
Waktu operasional
= (1440-90-0) X 100%
1440
= 93%

- Performance Rate
  a. Volume produk yang dihasilkan : 200 m^3
  b. Waktu yang tersedia : 1350 menit
  c. Cycle time : 0,16 menit

Performance Rate = Volume produk yang dihasilkan X 100%
(Waktu yang tersedia x Cycle Time)

= 200 X 100%
1350 x 0,16
= 92,6 %

- Quality Rate
  a. Jumlah parameter kualitas limbah yang sesuai
  b. Jumlah seluruh parameter kualitas limbah

Quality rate = Jumlah parameter kualitas limbah yang sesuai X 100%
Jumlah seluruh parameter kualitas limbah
= 7 X 100%
7
= 100%

OEE IPAL = Availability X Performance Rate X Quality Rate

= 93% X 92,6% X 100%
= 86,12%

3. Generatoir Listrik

PENGHITUNGAN OEE
NAMA ALAT : GENERATOR LISTRIK (GENSET)
DAYA : 500 kva

Availability

a. Waktu operasional : 600 detik
b. Waktu Setup : 35 detik
c. Waktu breakdown : 0 detik

- Availability = (Waktu opersional - Waktu setup - Waktu breakdown) X 100 %
  Waktu Operasional

= (600 – 35 – 0) = 565 = 0,94 = 94 %
  600 600

Performance Rate
a. Waktu yang tersedia = 1440 menit
b. Cycle time = 0,5 menit
c. Volume produk yang dihasilkan = 500 KVA

- Performance Rate = (Cycle Time X Volume produk yang dihasilkan) X 100 %
  Waktu yang tersedia

0,5 X 500 = 250 = 17,36 %
1440 1440

Quality Rate
a. Jumlah parameter kualiatas daya listrik yang sesuai
b. Jumlah seluruh parameter kualitas daya listrik

- Quality Rate = Jumlah parameter kualitas daya listrik yang sesuai X 100 %
  Jumlah seluruh parameter kualitas daya listrik

250 KVA = 0,5 = 50 %
500 KVA

OEE GENSET 500 KVA = Availability X Performance Rate X Quality Rate

= 94% X 17,36% X 50% = 81, 59 %

Pencapaian knerja IPSRS

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
	Kegiatan / tahun		‘%	Kegiatan / tahun		‘%
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Gedung/ Bangunan Fisik	360	532	147,78 %	360	502	139,44 %
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Saluran Air Bersih	360	420	117 %	360	362	100,55 %
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Jaringan Listrik dan Komunikasi	600	780	130 %	600	737	122,83 %
Capaian Pemeliharaan alat kesehatan	366	370	101 %	366	182	49,73 %
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Mesin (Mesin Otomatis, Mesin Produksi, Mesin Energi)	55	32	58 %	55	51	92,73 %
Kegiatan monev tercapai	68	38	56 %	68	45	66,18 %
Survei tercapai	12	6	50 %	12	8	66,67 %
Perbaikan SOP	10	1	10 %	10	7	70 %
	83,72 %					**88,52 %**

a. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Gedung/Bangunan Fisik

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2017 tercapai jumlah pemeliharaan gedung/bangunan fisik sebesar 502 kegiatan (139,44%) dan melebihi 100% dari target capaian dalam satu tahun, 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.

b. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Saluran Air Bersih :

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2017 tercapai jumlah pemeliharaan saluran air bersih sebesar 362 kegiatan (100,55%).

Permasalahan

Sering terjadi kebocoran/kebuntuan pipa yang merupakan jaringan pipa air bersih sejak jaman Belanda yang sudah keropos, sehingga perlu diganti perpipaannya. Selain itu juga terjadi masalah di gedung baru PKJ, air tidak dapat mengalir ke lantai atas yang dikarenakan kesalahan jaringan pipa air bersih sehingga tekanan air untuk ke atas tidak kuat.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Melakukan upaya perbaikan/penggantian saluran pipa air bersih di area lokasi mata air bersih dan sepanjang aliran sungai Sumbersuko dengan kwalitas pipa air yang lebih kuat dan tahan banjir.
- Melakukan upaya pemeliharaan/perbaikan pompa celup summersible pada lokasi sumber mata air bersih telaga Sentul dengan kwalitas pompa yang lebih baik.
- Mempertahankan capaian kinerja dengan meningkatkan kecermatan, ketepatan, dan kecepatan serta meningkatkan monitoring pemeliharaan sarpras saluran air bersih.

c. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Jaringan listrik dan Komunikasi :

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2017 tercapai jumlah pemeliharaan jaringan listrik dan komunikasi sebesar 737 kegiatan (122,83%).

Permasalahan :

- Dengan adanya rehab berat gedung PKJ serta penambahan fasilitas tangga berjalan/ lift menyebabkan permintaan pemeliharaan dan perbaikan jaringan/panel listrik di area tersebut, ini dikarenakan karena dengan adanya rehab berat gedung PKJ dan penambahan lift menyebabkan tambahan daya listrik dan perubahan sistem jaringan listrik di area tersebut perlu dilakukan penyesuaian sesuai kebutuhan saat ini.
- Kadang masih terjadi listrik mati beberapa menit/detik di area lokasi yang disebabkan karena meningkatnya daya puncak listrik dan secara otomatis Panel listrik/MCB akan turun.
- Belum memiliki UPS dengan kapasitas daya listrik tinggi pada area lokasi unit kerja yang membutuhkan.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Pengadaan UPS untuk cadangan apabila masih terjadi listrik mati di beberapa area unit kerja, sudah terealisasi pada bulan Desember 2017.
- Menata ulang/mengganti dan menambah panel listrik dan jaringan kabel listrik yang lama/usia tua, sudah terealisasi pada bulan Juli 2017.
- Mempertahankan capaian kinerja dengan peningkatan ketepatan dan kecepatan.
- Meningkatkan monitoring pemeliharaan sarana yang ada agar jaringan listrik dan supply listrik tetap terjaga (listrik hidup 24 jam).

d. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Alat Kesehatan :

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2017 tercapai jumlah pemeliharaan alat kesehatan sebesar 182 kegiatan (49,73%).

Permasalahan :

- Keterlambatan pelaksanaan kalibrasi alat kesehatan ekternal oleh BPFK dikarenakan jadwal BPFK sangat padat.
- Perbaikan alat kesehatan berteknologi canggih oleh teknisi internal IPSRS yang mengalami keterbatasan skills sehingga tidak dapat dilaksanakan.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Pengajuan Kalibrasi alat kesehatan oleh BPFK 1 tahun sebelum masa berlaku habis.
- Usulan penyediaan/penambahan kebutuhan spare part alkes selama 1 tahun ke depan.
- Pelaksanaan pemeliharaan/perbaikan berkala oleh pihak ke-3 melalui Kerjasama Operasional dengan rumah sakit.

e. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Mesin (Genset):

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2017 tercapai jumlah pemeliharaan mesin genset sebesar 51 kegiatan (92,37%).

Permasalahan :

Rumah sakit membutuhkan satu unit genset untuk cadangan jika genset yang ada mengalami gangguan. Dan telah terealisasi bulan Desember. Tetapi untuk koneksi genset yang baru dengan genset yang lama sedang dalam proses penyambungan.

Usulan Pemecahan Masalah :

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

f. Jumlah Kegiatan monev tercapai :

Kondisi yang dicapai :

Angka capaian monev mengalami kenaikan 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

g. Jumlah Kegiatan survey tercapai :

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2017 tercapai jumlah kegiatan survey sebesar 8 kegiatan (66,67%).

Permasalahan :

Survey sudah dilaksanakan secara maksimal

Usulan Pemecahan Masalah:

Meningkatnya volume pelaksanaan survey

h. Jumlah Kegiatan Perbaikan SOP:

Kondisi yang dicapai :

Terjadi kenaikan jumlah perbaikan SOP pada tahun 2017, hal ini disebabkan karena revisi dokumen SOP 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.

19). Level integrasi IT rumah sakit

Definisi Operasional :

1) Basic/ Siloed 1 Enterprise adalah infrastruktur dan platform terpasang, sistem informasi disiapkan untuk sistem rawat jalan terintegrasi dengan admisi, rawat inap, billing system serta instalasi penunjang diagnostik.
2) Siloed 2 : Infrastruktur dan platform mengau pada integrasi instalasi rawat inap, penunjang diagnostik dengan back-office sehingga seluruh system saling terhubung dan memudahkan perawatan dan pemeliharaannya.
3) Integrated 1 : Infrastruktur dan platform lebih mendukung operasional rumah sakit misal e-clinical HR.

Dengan kriteria diatas maka level IT di RSJ Dr. Radjiman Wediodingrat sudah masuk kategori **Integrated 1** karena telah berjalan SIMRS dengan Rekam Medis Elektronik atau e-clinical HR (Health Record) dan juga sudah terintegrasi dengan Pendaftaran Online, Informasi Kapasitas Tempat Tidur dan Kunjungan rawat Jalan, e-Prescribing (e-Resep Obat), Integrasi Aplikasi Farmasi, Integrasi Aplikasi Persediaan, Integrasi aplikasi BIOS.

Aplikasi SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) saat ini memiliki database server terpusat menggunakan infrastruktur jaringan terhubung diseluruh unit di rumah sakit. SIMRS sudah berjalan di rekam medis pada registrasi pasien, rawat jalan / poliklinik, admisi, rawat inap, penunjang medis (laboratorium, radiologi, elektromedik), keuangan (billing system). SIMRS juga sudah menggunakan rekam medis elektronik di poliklinik rawat jalan dan rawat inap. SIMRS sudah terintegrasi dengan aplikasi Kementerian Kesehatan berupa dashboard informasi kapasitas tempat tidur dan kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap.

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Level Integrasi RS	Level	Basic	Basic	100 %	Siloed	Integrated 1	100%

Permasalahan :

Tenaga programmer untuk pengembangan SIMRS hanya satu orang dan banyaknya permintaan fasilitas dan maintenance aplikasi SIMRS yang dikerjakan terutama pada rekam medis elektronik sehingga memerlukan waktu.

Usul Pemecahan Masalah :

Kerjasama dan koordinasi seluruh unit untuk membantu memperlancar implementasi SIMRS dan pengembangan dilakukan bertahap.

Pencapaian Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit / SIRS

a. Pengembangan sarana dan penerapan IT

Kondisi yang dicapai :

Pencapaian target pengembangan aplikasi tahun 2017 rata-rata tercapai 100% dengan target yang realistis 80% dikarenakan keterbatasan programmer yang ada. Beberapa kegiatan yang telah dilakukan di tahun 2017 sebagai berikut :

- Pengembangan aplikasi SIMRS di tahun 2017 telah menghasilkan fasilitas / modul admisi rawat inap, billing system, penunjang medis dan berhasil diimplementasikan. Pada tahun 2017 dilakukan cut off data di aplikasi SIMRS yang lama sehingga seluruh data sudah memakai SIMRS baru.
- Telah dibuat program dan implementasi untuk integrasi SIMRS dengan aplikasi pendaftaran online dari Kementerian Kesehatan Dirjen Pelayanan Kesehatan.
- Pada bulan Maret dilakukan pengembangan pemrograman Website dan telah di publish pada bulan Mei dan selalu dilakukan update fasilitas di tahun 2017.
- Telah dibuat program integrasi / bridging aplikasi Persediaan dari Dirjen Perbendaharaan Kemenkeu.
- Pada bulan September dibuat program aplikasi Farmasi oleh pihak ke-3 dan telah di implementasikan dibulan Desember dengan entry data mulai bulan Oktober.
- Telah dibuat program webservice untuk integrasi aplikasi BIOS dari Direktorat PPK BLU Kemenkeu.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Reali sasi	Capaian	Target	Reali sasi	Capaian
Kegiatan pemrograman software	1000	1120	112 %	1000	1165	117 %
Pengembangan Aplikasi SIMRS	0,8	0,8	100 %	0,8	0,8	100 %
Pemrograman Website	-	-	-	1	1	100 %
Pendaftaran Online	-	-	-	1	1	100 %
Integrasi Aplikasi Persediaan	-	-	-	1	1	100 %
Webservice Aplikasi BIOS	-	-	-	1	1	100 %

Aplikasi Farmasi (pihak ke-3)	-	-	-	1	1	100 %
Pemrograman aplikasi Inventory / Persediaan Barang	1	1	100 %	-	-	-
Pemrograman Aplikasi Integrasi SIMRS	1	1	100 %	-	-	-
Pemrograman Aplikasi e-PI (Performance Individu)	1	1	100 %	-	-	-

Permasalahan :

- Pengembangan aplikasi SIMRS pada tahun 2017 hanya dikerjakan oleh seorang programer dengan banyaknya permintaan fasilitas dan maintenance yang dikerjakan terutama pada sistem Rekam Medis Elektronik yang sangat kompleks.
- Staf programer menangani banyak pekerjaan antara lain pemrograman, analisa aplikasi, perbaikan aplikasi, perawatan database, perbaikan dan pengolahan data, integrasi aplikasi luar, pendampingan user.

Usulan Pemecahan Masalah

- Pemrograman aplikasi SIMRS difokuskan pada penyelesaian dan perbaikan, sehingga dilakukan pembatasan tambahan fasilitas sesuai kemampuan programer. Permintaan aplikasi diluar kemampuan dialihkan kepada pihak ke-3 seperti pada permintaan aplikasi Farmasi untuk mempercepat implementasi.

b. Pemeliharaan sarana IT

Kondisi yang dicapai :

Pencapaian target tahun 2017 untuk kegiatan pemeliharaan sarana IT rata-rata sudah melebihi target yang telah ditetapkan dengan capaian rata-rata 117 % dan juga peningkatan dibandingkan tahun 2016. Untuk pemeliharaan perangkat komputer mengalami peningkatan masih wajar sedangkan untuk pemeliharaan jaringan komputer mengalami banyak peningkatan.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan perangkat komputer	280	322	115 %	350	356	102 %

Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan printer	354	370	105 %	300	275	92 %
Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan jaringan komputer	454	574	126 %	480	756	158 %

Permasalahan :

- Kerusakan perangkat komputer dan printer terjadi karena perangkat sudah lama, tetapi sudah ada trend penurunan kerusakan karena sudah dilakukan penggantian.
- Meningkatnya kegiatan perbaikan jaringan komputer (network) dikarenakan meningkatnya fasilitas operasional aplikasi SIMRS terutama pada rawat inap yang ditambah unit komputer. Juga adanya pembenahan jaringan komputer pada saat pemindahan renovasi gedung pelayanan di klinik umum, klinik jiwa, subspesialis, dan psikologi. Selain itu banyaknya kegiatan penanganan perbaikan jaringan komputer untuk CCTV berbasis IPCAM.

Usulan Pemecahan Masalah

- Melengkapi perangkat komputer dengan UPS dan melakukan monitoring
- 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.

PROGRAM KERJA	KEGIATAN	SUB KEGIATAN	Satuan	Target	Realisasi	% Capaian
Penerapan Teknologi Informasi	Pengembangan sarana dan penerapan IT	Pemrograman Aplikasi SIMRS	Program	80 %	80 %	100 %
		Renovasi bangunan ruang instalasi SIRS	Paket	1	0	0
		Pengadaan perangkat komputer	Unit	100 %	100 %	100 %
		Pelatihan keahlian IT	Orang	4	0	0
	Pemeliharaan sarana IT	Pemeliharaan dan perbaikan perangkat komputer dan printer	kegiatan	650	629	97 %
		Pemeliharaan dan perbaikan jaringan komputer	kegiatan	480	756	158 %
		Pengadaan sparepart komputer	paket	100 %	100 %	100 %

Pengadaan sparepart printer	paket	100 %	100 %	100 %
Memfasilitasi internet / langganan bandwith dan hosting website	bulan	12	12	100 %
Kegiatan administrasi (ATK)	buah	100 %	100 %	100 %
JUMLAH RATA-RATA CAPAIAN				**85 %**

20). POBO

Kondisi yang dicapai saat ini ,

Pada tahun 2017 capaian POBO meningkat dari tahun tahun 2016. Pendapatan pada tahun 2017 melebihi target yang ditetapkan menjadi salah satu penyebab peningkatan capaian POBO pada tahun 2017

I K U	Satuan	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Financial							
POBO	%	57%	43,52%	76,35%	57%	50,12%	87,93%

Permasalahan

Target pendapatan tahun 2017 telah terlampaui, akan tetapi dari perhitungan POBO diketahui bahwa dari pendapatan tersebut hanya mampu membiayai 50,12% dari seluruh beban tahun 2017

Usul pemecahan masalah

Melakukan upaya untuk meningkatkan pendapatan melalui berbagai sumber, terumama dalam pelayanan medik dan melakukan efisiensi pengeluaran/beban RS. Mengupayakan alternatif lainnya sebagai sumber pendapatan baru rumah sakit.

21) pertumbuhan pendapatan

Kondisi yang dicapai saat ini ,

Pencapaian target pendapatan rumah sakit tahun 2017 tercapai (104,4 %) sedangkan jika dibandingkan dengan pendapatan tahun 2016 terjadi peningkatan sebesar 118 %

IKU	Sat	TAHUN 2016			TAHUN 2017		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Financial							
Tingkat pertumbuhan pendapatan 5%	%	43.413.000.000	47.658.335.319	109,7 %	53.943.000.000	56.330.897.532	104,4%

Permasalahan

Pendapatan terbanyak sekitar 80% dari klaim JKN yaitu BPJS Kesehatan, yang sudah relisasi pencairan masih N-2, hal ini karena kendala data pendukung dokumen setelah dilakukan verifikasi oleh Verifikator Eksternal masih perlu revisi dan untuk melengkapinya membutuhkan waktu yang cukup lama.

Usul pemecahan masalah

Melaksanakan Program Vedika oleh BPJS Kesehatan dengan membentuk Tim Verifikasi Internal untuk mempercepat proses klaim tepat waktu.

2). Capaian Indikator IKI IKT Dirut dan Indikator Mutu RS

a) Realisasi IKI dan IKT Tahun 2017

NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
				HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
	PELAYANAN MEDIS											
1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥ 80%	0,05	98,69%	100	5	98,31%	100	5	98,56%	100	5
3	Prosentase Kejadian tidak ada Pasien Jatuh	100%	0,05	99%	75	3,75	100%	100	5	99%	100	5
4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fixaxi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri	≤ 1,5%	0,05	0,63%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	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
6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	≤ 5%	0,05	0,32%	100	5	0,74%	100	5	0,97%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4
8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di	≥ 95%	0,07	89,25%	75	5,25	90,65%	75	5,25	83%	75	5,25
9	Tidak Adanya Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	≤ 120 Menit	0,02	91 menit 30 detik	100	2	82 menit 30 detik	100	2	51 mnt 4 dtk	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 Menit	0,05	52 menit 54 detik	100	5	51 menit 48 detik	100	5	63 mnt 8 dtk	75	3,75
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam	0,05	1 jam 29 menit	100	5	1 jam 28 menit	100	5	2 jam 43 mnt	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 Jam	0,05	44 menit 10 detik	100	5	1 jam 18 menit	100	5	49 mnt 39 dtk	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 Menit	0,05	14 menit 21 detik	100	5	14 menit 6 detik	100	5	18 mnt 51 dtk	100	5
17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalama Waktu 24 Jam (PRM)	> 80%	0,02	98,60%	100	2	97,00%	100	2	72,30%	75	1,5
	PELAYANAN KEUANGAN											
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	65%	0,1									
				JUMLAH TS		87	JUMLAH TS		88,25	JUMLAH TS		86,5
				NILAI IKI		1,75	NILAI IKI		1,75	NILAI IKI		

NO	JUDUL INDIKATOR	APRIL			MEI			JUNI		
		HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	98,38%	100	5	98,32%	100	5	98,17%	100	5
3	Prosentase Kejadian tidak ada Pasien Jatuh	100%	100	5	100%	100	5	100%	100	5
4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fixaxi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan Keselamatan electro Convulsive teraphy (ECT)	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
6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	0,29%	100	5	0,00%	100	5	0,46%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4	ada kebijakan, ada SOP, dilaksanakan, dievaluasi	100	4
8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	87,80%	75	5,25	88,80%	75	5,25	87,01%	75	5,25
9	Tidak Adanya Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	75 mnt 29 dtk	100	2	102 mnt 29 dtk	100	2	106 mnt 2 dtk	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	61 mnt	75	3,75	58 mnt 7 dtk	100	5	69 mnt 9 dtk	75	3,75
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	1 jam 37 mnt	100	5	45 mnt 4 dtk	100	5	1 jam 23 mnt	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	52 mnt 47 dtk	100	5	1 jam 45 mnt	100	5	47 mnt 15 dtk	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	17 mnt 47 dtk	100	5	18 mnt 34 dtk	100	5	18 mnt 34 dtk	100	5
17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalama Waktu 24 Jam (PRM)	97,80%	100	2	97,80%	100	2	99,30%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)							49,42	70	7
JUMLAH TS				87			88,25			94
NILAI IKI				1,75			1,75			2

NO	JUDUL INDIKATOR	JULI			AGUSTUS			SEPTEMBER		
		HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	99,23%	100	5	98,13%	100	5	98,91%	100	5
3	Prosentase Kejadian tidak ada Pasien Jatuh	99%	75	3,75	100%	100	5	100%	100	5
4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fixaxi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan Keselamatan electro Convulsive teraphy (ECT)	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
6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	0,00%	100	5	0,00%	100	5	0,43%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4
8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	89,02%	75	5,25	92,33%	75	5,25	89,00%	75	5,25
9	Tidak Adanya Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	81,61%	100	8	81,61%	100	8	81,61%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	121 mnt 15 dtk	100	2	109 mnt 12 dtk	100	2	147 mnt 51 dtk	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	35 mnt 50 dtk	75	3,75	42 mnt 10 dtk	100	5	46 mnt 45 dtk	75	3,75
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	2 jam 5 mnt	100	5	1 jam 54 mnt	100	5	1 jam 48 mnt	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	49 mnt 37 dtk	100	5	49 mnt 19 dtk	100	5	46 mnt 44 dtk	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	16 mnt 18 dtk	100	5	12 mnt 49 dtk	100	5	20 mnt 47 dtk	100	5
17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalama Waktu 24 Jam (PRM)	97,90%	100	2	98,30%	100	2	99,50%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)							54,8	80	8
JUMLAH TS				85,75			88,25			95
NILAI IKI				1,75			1,75			2

NO	JUDUL INDIKATOR	OKTOBER			NOPEMBER			DESEMBER		
		HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	98,82%	100	5	98,30%	100	5	98,82%	100	5
3	Prosentase Kejadian tidak ada Pasien Jatuh	100%	100	5	100%	100	5	100%	100	5
4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fixaxi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan Keselamatan electro Convulsive teraphy (ECT)	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
6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	0%	100	5	0%	100	5	2,90%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4	ada kebijakan, ada SOP,dilaksanakan, dievaluasi	100	4
8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	84,80%	75	5,25	89,89%	75	5,25	88,47%	75	5,25
9	Tidak Adanya Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	162 mnt 28 dtk	100	2	86 mnt	100	2	134 mnt 44 dtk	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	62 mnt 2 dtk	75	3,75	65 mnt 14 dtk	75	3,75	49 mnt 9 dtk	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	1 jam 17 mnt	100	5	1 jam 29 mnt	100	5	1 jam 41 mnt	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	49 mnt 31 dtk	100	5	50 mnt 47 dtk	100	5	48 mnt 13 dtk	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	16 mnt 53 dtk	100	5	14 mnt 41 dtk	100	5	19 mnt 40 dtk	100	5
17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalama Waktu 24 Jam (PRM)	99%	100	2	99,30%	100	2	99,30%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)			0			0	50%	80	8
JUMLAH TS				87			87			96,25
NILAI IKI				1,75			1,75			2

Rekapitulasi pencapaian skor IKI Dirut tahun 2017 adalah 87 – 96,25 dengan Nilai IKI rata – rata 1,75 – 2 .

Realisasi IKT Dirut Tahun 2017

NO	INDIKATOR	STANDAR	TRIWULAN I		TRIWULAN II	
			TARGET	REALISASI	TARGET	REALISASI
1	Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	≥ 80%	90%	87%	91%	87%
2	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU *Integrated Online System*/BIOS)	100%	91%	100%	91%	93%
3	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	≥ 80%	55%	62%	60%	69%
4	Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan (Online/SMS)	100%	100%	100%	100%	100%

5	Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	100%	100%	100%	100%	100%
6	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥ 45%	57%	70,59%	45%	49,55%

NO	INDIKATOR	TRIWULAN III		TRIWULAN IV		RATA-RATA REALISASI TAHUN 2017	KETERANGAN (TERCAPAI = 1 / TIDAK TERCAPAI = 0)
		TAR-GET	REALI-SASI	TARGET	REALISASI		
1	Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	92%	78%	92%	98,50%	88%	1
2	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU *Integrated Online System*/BIOS)	98%	95%	98%	95%	96%	0
3	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	65%	69%	65%	64%	66%	0
4	Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan (Online/SMS)	100%	100%	100%	100%	100%	1
5	Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	100%	100%	100%	100%	100%	1
6	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	54,80%	45%	50%	50%	1

Realisasi pencapaian IKT Tahun 2017 dengan Nilai score rata - rata 1,7.

a) Realisasi Indikator Mutu RS Tahun 2017

Realisasi Indikator Mutu RS Semester I Tahun 2017

	Indikator	Target	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	Rata2
Indikator Area Klinis									
1	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium < 30 Menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pelaksanaan Ekspretisi Hasil Pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Pemantauan Kejadian yang tidak Diharapkan pada Pemakaian Obat Psikofarmaka	≤ 5 %	5,50%	5,24%	4,81%	5,02%	4,83%	4,83%	5%
6	Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	≤ 1,5 %	0,99%	0,00%	0,00%	0,00%	0,25%	0,25%	0%
7	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri (IPIP)	≥ 95%	86,73%	95,61%	88,75%	87,80%	88,80%	88,80%	89%
8	Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

9	Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Cacat/Gangguan Fungsi Permanen atau Kematian	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Kejadian Pasien Lari	≤5 %	0,41%	0,43%	0,24%	2,76%	0,55%	0,55%	1%
12	*Nett Death Rate* (NDR)	≤ 24‰	0,43%	0%	0,46%	0,46%	0,20%	0,20%	0%
13	Asesmen Persiapan Anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14	Pemantauan Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15	Pengembalian Rekam Medis Lengkap dalam 24 Jam	≥ 90%	98,60%	97,00%	98,50%	97,80%	97,80%	97,80%	98%
16	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (*Phlebitis*)	≤ 5‰	3,24	7,35	9,74	2,75	0	0	3,85
17	Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	≥ 1,1%	perhitungan per-tahun : belum ada penelitian						
Indikator Area Manajerial									
18	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 98%	98,00%	98,31%	98,56%	98,38%	98,32%	98,32%	98,32%
19	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Definitif	Skor = 2	analisa per tahun						
20	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)	Skor = 2			0,15				0,15
21	Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	Skor = 2			0,4				0,4
22	Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*	Skor=100	59,91%					skor 100	
23	Penerapan Keselamatan *Electro Convulsive Therapy* (ECT)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
24	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	63	66	63	73	58	58	76
25	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	≤ 30 menit	14	14	19	18	19	19	17
26	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi ≤ 3 Jam (180 menit)	180menit	89	88	163	97	105	105	108
27	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit	1 mnt 32 dtk	1 mnt 18 dtk	1mnt 25 dtk	1mnt21dtk	1mnt27dtk	1mnt27dtk	1mnt 26 dtk
28	*Emergency Psychiatric Response Time* (EPRT)	≤240 menit	91	82	51	79	102	102	85
29	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%	82,00%	82,00%	82,00%	82,00%	82,00%	82,00%	82%
30	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 75%	100%					100%	
31	Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	≥ 89%	86,67%			43,34%			
32	Kepuasan Pelanggan/Peserta Didik	≥ 70%	89%	97,21%	88,51%	90,66%	-	-	91%
33	*Bed Occupancy Rate* (BOR)	75-85%	75,81%	78,36%	77,99%	77,28%		77%	
34	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional/PB (POBO)	50 - 57 %	70,59%	70,59%					

35	Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Saat Melaksanakan Tugas	100%	90,66%	93,01%					91,84%
Indikator Sasaran Keselamatan Pasien									
36	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	99,80%	100%	100%	100%	100,00%	100,00%	100%
37	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100%
38	Angka Pemberian Label pada Obat *HIGH ALERT*.	100%	100,00%	100,00%	100,00%	-	-	-	100%
39	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi (Idem Indikator Klinis No.4)	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100%
40	Kepatuhan Terhadap *Hand Hygiene*	100%	87,99%	98,23%	93,11%				
41	Kejadian Jatuh Akibat Hipotensi Postural karena Efek Samping Obat Anti Psikotik	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%		0,00%

	Indikator	Target	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	Rata2
1	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan	≥90%							0%
2	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan (idem Indikator Mutu Unit Kerja No. 1)	≥ 90%							0%
3	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Kegagalan Pelaksanaan Rolling, Dropping dan Follow-up Pasien	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
6	Koordinasi Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Pelayanan Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Supervisi Keperawatan Sesuai Jadwal	≥ 95%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Pelayanan oleh Dokter Spesialis di Poliklinik Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Ketaatan Kontrol di Rawat Jalan	≥80 %	97%	98%	98%	98%	98%	98%	98%
10	Penerapan Konseling Keperawatan di Klinik Kesehatan Jiwa	≥75%	97%	89%	87%	99%	90%	90%	92%
11	Kejadian Drop-Out Pasien Terhadap Paket Pelayanan di Klinik Autis yang Direncanakan	≤ 50 %	0%	0%	9%	9%	0%	0%	3%

12	Keberhasilan Penambalan Gigi	≥ 95 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
13	Keberhasilan Pencabutan Gigi	≥ 95 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14	Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan Pencabutan	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤3 Hari	≥90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤7Hari	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
17	Jumlah pasien yang datang day care (Klinik Autis)	≥ 80 %	87%	89%	96%	100%	100%	100%	95%
18	Standar Waktu Pelayanan Day Care	≥ 90 menit	94	91	91	101	94	94	94
19	Pencapaian Target Kunjungan ke-4 dalam Paket Terapi	≥ 50 %	69,23%	63,64%	54,55%	45,45%	72,73%	72,73%	63%
20	Kematian Pasien ≤8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2‰	0	0,025	0	0	0	0	0,01
21	Pasien yang Dilakukan Asesmen Gawat Darurat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
22	Kejadian Pasien Pulang Paksa	≤ 5 %	0,80%	0,25%	1,03%	0,32%	0,76%	0,76%	0,65%
23	Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
24	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100%	100%	100,00%
25	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥50 %	93%	96,88%	86,94%	93,78%	92,96%	92,96%	92,76%
26	Detoksifikasi Napza	≥80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
27	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 10 Hari	≥85 %	95,58%	100,00%	93,01%	100,00%	100,00%	100,00%	98,10%
28	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	35	25	21	30	26	26	27
29	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%	100%	100%	100%	-	-	-	100%
30	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa	100%	100%	100%	100%	-	-	-	100%
31	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%	94%	94%	49%				79%
32	Ketersediaan Formularium dan *Update* Paling Lama 3 Tahun	100%	100%			100%			
33	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan≤10 Menit	100%	tidak dilakukan pengukuran karena ada SIMRS						
34	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap≤15 Menit	100%	tidak dilakukan pengukuran karena ada SIMRS						
35	Kelengkapan Pengisian RM 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%				0%			
36	Kelengkapan *Informed Consent* Sesudah Mendapatkan Informasi yang Jelas	100%	94,20%	96,70%	97,40%	99,00%	98,,4%	98,,4%	65%
37	Tidak ada Dokumen Rekam Medik yang Hilang	100%	93,20%	95,50%	72,30%	78,80%	75,80%	75,80%	82%

38	Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
39	Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi ≤120 Menit	≥ 90%	19,9%	20,0%	29,0%	17,0%	34,0%	34,0%	26%
40	Kejadian *Drop Out* Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	≤ 50 %	37%	34,10%	30,30%	41,70%	37,20%	37,20%	36%
41	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %	95%	95%	100%	93%	96%	96%	96%
42	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 65 %	68,00%	74,00%	68%	84%	78,00%	78,00%	75%
43	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	≤ 1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
44	Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Label pada Film Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
45	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %	100%						100%
46	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%	100%						100%
47	Pelaksanaan Penyuluhan di Luar Rumah Sakit	100%	analisa per 1 semester						0%
48	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥90 %	81%	125%	125%	81%	150%	150%	119%
49	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
50	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
51	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	belum masuk waktu analisa per-semester						
52	Waktu Tunggu Hasil Layanan Laboratorium	≤ 120 menit	44	78	50	52	48	48	53
53	Batal ECT	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	2,6%	2,6%	0,88%
54	Gagal ECT	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	2,7%	2,7%	0,90%
55	Waktu Tunggu Sebelum ECT	≤ 2 hari	1hari	1hari	1hari	1hari	1hari	1hari	1 hari
56	Ketersediaan Tim Bedah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
57	Ketersediaan Fasilitas dan Prasarana Operasi	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
58	Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
59	Waktu Tunggu Pelaksanaan Operasi Elektif ≤ 2 hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
60	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
61	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
62	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
63	Tidak Adanya Komplikasi Anestesi Karena Over Dosis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
64	Kematian di Meja Operasi	≤1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

65	Ketersediaan Linen Steril untuk Kamar Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
66	Ketersediaan Pelayanan Perawat Jenazah	100%	100%		100%				
67	Ketersediaan Fasilitas dan Prasarana Kamar Jenazah	100%	100%		100%				
68	Waktu Tunggu Pelayanan Jenazah	100%	100%		100%				
69	Perawatan Jenazah dengan Universal Precaution	100%	100%		100%				
70	Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
71	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥90 %	100%		100%				
72	Ketepatan Waktu Penyetoran Data Insentif Pegawai	100%	100%		100%			100%	
73	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	belum masuk waktu analisa per-semester						
74	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
75	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	100%	100%	**100%**	100%	100%	100%	100%
76	Kinerja Pegawai Yang Baik, Sangat Baik dan Excellent	≥95 %	99,00%	99,00%	96,00%	96,00%	96,00%	96,00%	97%
77	Program Reward dan Punishment	Ada program dilakukan sepenuhnya	75%		75%				
78	Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan >20 jam/tahun	≥ 80%/thn (6,6% per bulan)	0%	0,50%	1,00%	1,80%	5,60%	5,60%	2%
79	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Medis	90%	-	100%	-	100%	100%	100%	100%
80	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	≥75%/thn (6,25/bln)	0%	6%	6%	13%	13%	13%	9%
81	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	≥1,1%/thn	11%	18%	29%	36%	52%	52%	33%
82	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Kedokteran	≥ 20% dari semua institusi	20%	20%	40%	-	-	-	13%
83	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Keperawatan dan Non Medis	90%	94%	-	100%	100%	67%	67%	71%
84	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis	≥ 20% dari semua institusi	67%	80%	53%	87%	100%	100%	81%
85	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	≥90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum									
85	Kecepatan Pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
86	Kebenaran Laporan Harian Kasir	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
87	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan RS	100%	-	-	100%	-	-	-	100%
88	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%	-	-	100%	-	-	-	100%
89	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
90	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
91	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%	belum dihitung per-3 bulan			0%			
92	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	analisa per 1 tahun			0%			
93	Perencanaan Strategis RS	100%	belum dihitung			0%			
94	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	Tepat waktu	belum dihitung				0%		
95	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	Skor = 2	belum dihitung				2		
96	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90% per tahun	16,39%			0,00%			
97	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,4
	a. Pakaian								
	b. Tekstil								
	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang :	100%							
98	a. ATK	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
99	b. Tekstil	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
100	c. Gudang Rumah Tangga	100%	100%	100%	96,80%	95,16%	96%	96%	97,4%
101	d. Makanan	100%	tidak dilakukan pengukuran						0,0%
102	Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik Negara	100%	74%	82%	97%	100%	84%	84%	86,8%
103	Pendampingan Masalah Hukum	100%	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD
104	Laporan Hasil Analisis Survei Kepuasan Pelanggan	≥ 80	98,00%						98,00%
105	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer < 168 jam	90%	98%	95%	90%	100%	73%	73%	88%
106	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer/Network < 60 menit	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

107	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥80 %	96,50%	95,83%	94,53%	93,53%	92,91%	92,91%	94%
108	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%	81,74%	85,83%	87,19%	89,92%	94,01%	94,01%	89%
109	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%	100,00%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
110	Pengelolaan Limbah Padat sesuai Permenkes 1204 th 2004	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
111	Capaian Tingkat Rumah Sakit Bersih	≥7500	8977						8977
112	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	100%	100%	100%	100%	100 %	100%	100%
113	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	tidak dilakukan pengukuran						
KOMITE- KOMITE									
114	Pelayanan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Rawat Inap	100%	347%	268%	304%	288%			302%
115	Pelayanan Case Manager Pasien Rawat Inap	100%	93%	95%	97%	97%			96%
116	Terlaksananya Kredensial/Re-kredensial bagi Semua Dokter	100%	100%						100%
117	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Rumah Sakit	100%				100%			100%
118	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Kedokteran	100%				100%			100%
119	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Keperawatan	100%				100%			100%
120	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	≥75%	0%						0%
121	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial Bagi Semua Perawat	100%			100%	100%	100%	100%	0%
122	Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan sesuai dengan Standar Keperawatan	≥90%							0%
123	Pelaksanaan Audit Operasional	100%			100%	100%	100%	100%	100%
124	Pemantauan Penyelesaian Tindak Lanjut Temuan Audit Internal dan Eksternal	100%		100%	100%	100%	100%	100%	100%
105	INDIKATOR MUTU BELUM DIKERJAKAN (BELUM DIRUMUSKAN)								
125	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%	100%						100%
126	Kelengkapan Dokumen	100%				100%			100%
127	Kejadian Lelang Gagal	≤ 40 %				20%			20%

128	Kelengkapan Dokumen Penerimaan Barang/Jasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
129	Hasil Pemeriksaan dan Penerimaan Barang/Jasa Sesuai Kontrak	≤ 40 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Realisasi Indikator Mutu RS semester 2 tahun 2017

No	Indikator	Target	JUL	AGS	SEP	OKT	NOP	DES	Rata2
Indikator Area Klinis									
1	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
2	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium < 30 Menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
3	Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi < 60 menit	100%	tidak dilakukan pengukuran						TDD
4	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
5	Pemantauan Kejadian yang tidak Diharapkan pada Pemakaian Obat Psikofarmaka	≤ 5 %	5,77%	5,53%	5,93%	7,12%	9,64%	5,50%	7%
6	Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	≤ 1,5 %	0,96%	0,33%	0,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,32%
7	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri (IPIP)	≥ 95%	90,37%	80,13%	86,02%	90,37%	84,19%	91,00%	87%
8	Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3%	0%	1,11%	0%	0%	0%	0%	0,22%
9	Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Cacat/Gangguan Fungsi Permanen atau Kematian	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
11	Kejadian Pasien Lari	≤5 %	0,00%	0,37%	0,36%	0,18%	0,26%	0,24%	0,2%
12	*Nett Death Rate* (NDR)	≤ 24‰	0%	0%	3%	5,63%	5,28%		2%
13	Asesmen Persiapan Anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
14	Pemantauan Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
15	Pengembalian Rekam Medis Lengkap dalam 24 Jam	≥ 90%	97,80%	96,20%	97,00%	98,60%	98,40%	98,10%	97,68%
16	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (*Phlebitis*)	≤ 5‰	13,76	28,99	21,90	12,35	8,60	5,43	15,17
17	Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	≥ 1,1%	100%						100%
Indikator Area Manajerial									
18	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 98%	99%	99,93%	99%	99%	99%	98%	99%
19	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Definitif	Skor = 2	2	2	2	2	2	2	2
20	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)	Skor = 2	0,2			0,2			0,2
21	Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	Skor = 2			0,2				0,2
22	Kepatuhan terhadap *Clinical Pathway*	Skor=100	100	100	100	100	100	100	100%

23	Penerapan Keselamatan *Electro Convulsive Therapy* (ECT)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
24	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	73	70	80	63	71	74	72
	a. Klinik Kesehatan Jiwa	≤ 60 menit	33	40	31	34	35		35
	b. Klinik Neuro	≤ 60 menit	185	154	300	135	169		189
	c. Klinik Umum	≤ 60 menit	38	37,6	36,5	56,3	20,3		38
	d. Klinik Bedah	≤ 60 menit	132	137	108	122	190		138
	e. Klinik Interna	≤ 60 menit	154	152	135	131	130		140
25	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	≤ 30 menit	25	13	14	14	11	17	16
26	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi ≤ 3 Jam (180 menit)	180menit	92	88	91	89	109	102	95
27	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit							0%
28	*Emergency Psychiatric Response Time* (EPRT)	≤240 menit							0%
29	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%	61,76%						62%
30	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 75%	100%			100%			100%
31	Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	≥ 89%	Survei Desember 2016						NA
32	Kepuasan Pelanggan/Peserta Didik	≥ 70%			71%		89 %		80%
33	*Bed Occupancy Rate* (BOR)	75-85%	57,71%	62,72%	64,43%	70,24%	74,30%	80,05%	68,2%
34	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional/PB (POBO)	50-57 %	Analisa Desember 2016					43,52%	43,52%
35	Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Saat Melaksanakan Tugas	≥100%	75,79%						76%
Indikator Sasaran Keselamatan Pasien									
36	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	96%	100%	100%	100%	100%	99%
37	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	98,80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
38	Angka Pemberian Label pada Obat *HIGH ALERT*.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
39	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi (Idem Indikator Klinis No.4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
40	Kepatuhan Terhadap *Hand Hygiene*	100%	94,16%						94%
41	Kejadian Jatuh Akibat Hipotensi Postural karena Efek Samping Obat Anti Psikotik	0%	0,00%	1,11%	0,00%	0%	0,00%	0,00%	0,22%
	Indikator	**Target**	**JUL**	**AGS**	**SEP**	**OKT**	**NOP**	**DES**	Rata2
1	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan	≥90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%
2	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan (idem Indikator Mutu Unit Kerja No. 1)	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%
3	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%
4	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%
5	Kegagalan Pelaksanaan Rolling, Dropping dan Follow-up Pasien	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

6	Koordinasi Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Pelayanan Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	≥ 90 %	90%	90%	90%	90%	90%	90%	135%
7	Supervisi Keperawatan Sesuai Jadwal	≥ 95%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	150%
8	Pelayanan oleh Dokter Spesialis di Poliklinik Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%
9	Ketaatan Kontrol di Rawat Jalan	≥80 %	97%	97%	98%	97%	97%	97%	146%
10	Penerapan Konseling Keperawatan di Klinik Kesehatan Jiwa	75%	61%	78%	95%	84%	84%	84%	81%
11	Kejadian Drop-Out Pasien Terhadap Paket Pelayanan di Klinik Autis yang Direncanakan	≤ 50 %	18%	25%	25%	0%	8%		15%
12	Keberhasilan Penambalan Gigi	≥ 95 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
13	Keberhasilan Pencabutan Gigi	≥ 95 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
14	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤3 Hari	≥90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
15	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤7Hari	≥ 90 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
	Jumlah pasien yang datang day care (Klinik Autis)	≥ 80 %	83%	70%	88%	82%	88%	86%	83%
	Pencapaian Target Kunjungan ke-4 dalam Paket Terapi	≥ 50 %	27,27%	37,50%	75,00%	57,14%	66,67%	68,00%	55%
16	Kematian Pasien ≤8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2‰	0	0	0	0	0	0	0%
17	Kejadian Pasien Pulang Paksa	≤ 5 %	0,50%	0,81%	0,36%	1,13%	0,34%	0,34%	1%
18	Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%	100%	86,09%	100%	100%	100%	100%	98%
19	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100%	79%	100%	100%	100%	100%	97%
20	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥50 %	103,19%	50,00%	103%	93,84%	80%	90%	87%
21	Detoksifikasi Napza	≥80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
22	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 10 Hari	≥85 %	89,37%	86,97%	87,58%	84,70%	93,32%	92,00%	89%
23	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	51	38	42	45	38	35	42
24	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%
25	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%
26	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%	95%	98,29%	98%	98%	97%	98%	97%
27	Ketersediaan Formularium dan *Update* Paling Lama 3 Tahun	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
28	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan≤10 Menit	100%	sdh tidak relevan						
29	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap≤15 Menit	100%	sdh tidak relevan						
30	Kelengkapan *Informed Consent* Sesudah Mendapatkan Informasi yang Jelas	100%	93,90%	90,40%	91,00%	90,70%	94,90%	93,30%	92,37%
31	Tidak ada Dokumen Rekam Medik yang Hilang	100%	sdh tidak relevan dg SIMRS						
32	Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	150%
33	Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi ≤120 Menit	≤120 Menit	39%	28%	26%	29%	18%	17%	26%
34	Kejadian *Drop Out* Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	≤ 50 %	26%	38%	34%	28%	32%	27%	31%
35	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %	95%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
36	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 65 %	82,00%	77,00%	66%	71%	74,00%	77,00%	75%
37	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	≤ 1	0%	1%	1%	0%	1%	0	0,50%

38	Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Label pada Film Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	120%
39	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %	100%					100%	100%
40	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%	100%					100%	100%
41	Pelaksanaan Penyuluhan di Luar Rumah Sakit	100%		100%	100%	100%	100%	100%	167%
42	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥90 %	50%	133%	83%	50%	100%	100%	86%
43	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
44	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
45	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	NA						
46	Batal ECT	≤ 5 %	11%	2%	4%	4%	6%	4%	5%
47	Gagal ECT	≤ 5 %	5%	2%	2%	8%	6%	3%	4%
	Waktu Tunggu Sebelum ECT	≤ 2 hari	0,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1
	Ketersediaan Tim Bedah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Ketersediaan Fasilitas dan Prasarana Operasi	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Waktu Tunggu Pelaksanaan Operasi Elektif ≤ 2 hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Tidak Adanya Komplikasi Anestesi Karena Over Dosis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Kematian di Meja Operasi	≤1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Ketersediaan Linen Steril untuk Kamar Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Ketersediaan Pelayanan Perawat Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Ketersediaan Fasilitas dan Prasarana Kamar Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Waktu Tunggu Pelayanan Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Perawatan Jenazah dengan Universal Precaution	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
48	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥90 %	98%						98%
49	Ketepatan Waktu Penyetoran Data Insentif Pegawai	100%	100%			per-3 bulan			100%
50	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	NA, ANALISA DESEMBER 2016					100%	100%
51	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
52	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	67%	100%	100%	100%	100%	100%	95%
53	Kinerja Pegawai Yang Baik, Sangat Baik dan Excellent	≥95 %	99,00%	98,00%	98,00%	98,00%	98,00%	99%	98%
54	Program Reward dan Punishment	Ada program dilakukan sepenuhnya	dianalisa Januari 2017 (per-6 bulan)						100%
55	Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan >20 jam/tahun	≥ 80%/thn	127%	131%	134%	140%	154%		137%

56	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Medis	90%	100%	NA	NA	100%	100%		100%
57	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	≥75%/thn	181%	181%	200%	269%	331%		232%
58	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	≥1,1%/thn	0,79%					0,83%	0,83%
59	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Kedokteran	≥ 20% dari semua institusi	0	0	0	0	0	0	0%
60	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Keperawatan dan Non Medis	90%	100%	100%	100%	81%	89%	100%	95%
61	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis	≥ 20% dari semua institusi	79%	71%	75%	100%	100%	100,0%	88%
62	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	≥90 %	TDD	TDD	100%	100%	100%	100%	133%
Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum									
63	Kecepatan Pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
64	Kebenaran Laporan Harian Kasir	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
65	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
66	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
67	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi	100%			100%			100%	100%
68	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
69	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%			91%			100%	96%
70	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%						100%	100%
71	Perencanaan Strategis RS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
72	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	Tepat waktu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
73	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	Skor = 2	2	2	2	2	2	2	2
74	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%	65,04%					98,72%	98,72%
75	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT							
	a. Pakaian		2,3%	2,2%	4,8%	4,4%	3,4%	3,6%	4,1%
	b. Tekstil		2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2,9%	2.9%	2,9%
76	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang :	100%							
77	a. ATK	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
78	b. Tekstil	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
79	c. Gudang Rumah Tangga	100%	98%	94%	100%	100%	100%	100%	98,6%
80	d. Makanan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
81	Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik Negara	100%	90%	100%	90%	80%	70%	90%	86,7%
82	Pendampingan Masalah Hukum	100%	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD
83	Laporan Hasil Analisis Survei Kepuasan Pelanggan	≥ 80						82,23%	82,23%

84	Waktu Layanan Perbaikan Perangkat Komputer (Tanpa *Spare-part*) < 48 jam	100%	97%	97%	100%	100%	88%	97%	97%
85	Waktu Layanan Perbaikan Jaringan Komputer (Dengan *Spare-part*) < 168 jam	100%	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD	TDD
86	Perbaikan Jaringan Komputer < 60 menit	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
87	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥80 %	92,39%	92,33%	91,75%	89,30%	95,37%	97,00%	93,02%
88	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%	93,1%	92,4%	93,6%	88,7%	94,9%	95,0%	92,95%
89	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
90	Pengelolaan Limbah Padat sesuai Permenkes 1204 th 2004	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
91	Capaian Tingkat Rumah Sakit Bersih	≥7500				8978,5			8979
92	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	tidak dilakukan pengukuran						
93	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	tidak dilakukan pengukuran						
KOMITE- KOMITE									
94	Pelayanan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Rawat Inap	100%	166%	197%	173%	226%	221%	196%	197%
95	Pelayanan Case Manager Pasien Rawat Inap	100%	82%	83%	95%	93%	95%	91%	90%
96	Terlaksananya Kredensial/Re-kredensial bagi Semua Dokter	100%	98%						98%
97	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Rumah Sakit	100%	TDD, TIDAK ADA KASUS						TDD
98	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Kedokteran	100%	TDD, TIDAK ADA KASUS						TDD
99	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Keperawatan	100%	TDD, TIDAK ADA KASUS						TDD
100	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	≥75%	80%					80%	80%
101	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial Bagi Semua Perawat	100%	tidak dilakukan pengukuran					50%	50%
102	Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan sesuai dengan Standar Keperawatan	≥90%	tidak dilakukan pengukuran					50%	50%
103	Pelaksanaan Audit Operasional	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
104	Pemantauan Penyelesaian Tindak Lanjut Temuan Audit Internal dan Eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
105	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%	100%					100%	100%
106	Kelengkapan Dokumen	100%	100%					100%	100%
107	Kejadian Lelang Gagal	≤ 40 %	0,13%					0%	0%
108	Kelengkapan Dokumen Penerimaan Barang/Jasa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
109	Hasil Pemeriksaan dan Penerimaan Barang/Jasa Sesuai Kontrak	≤ 40 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A. REALISASI ANGGARAN

Realisasi anggaran belanja tahun 2017 adalah sebagai berikut :

Anggaran Rupiah Murni :

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - VII	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	4.373.866.000	4.004.381.440	91,55%	369.484.560
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	4.373.866.000	4.004.381.440	91,55%	369.484.560
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	3.851.016.000	3.620.140.440	94,00%	230.875.560
534111	Belanja Modal Jalan dan Jembatan	522.850.000	384.241.000	73,49%	138.609.000
2094.507	Sarana dan Prasarana	5.138.873.000	4.784.790.657	93,11%	354.082.343
051	Pengadaan Sarana dan Prasarana	5.138.873.000	4.784.790.657	93,11%	354.082.343
532111	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	5.138.873.000	4.784.790.657	93,11%	354.082.343
2094.994	Layanan Perkantoran	48.870.718.000	47.023.527.564	96,22%	1.847.190.436
001	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	48.870.718.000	47.023.527.564	96,22%	1.847.190.436
A	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	48.870.718.000	47.023.527.564	96,22%	1.847.190.436
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	33.500.829.000	32.835.557.080	98,01%	665.271.920
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	529.000	449.636	85,00%	79.364
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.341.839.000	2.104.650.198	89,87%	237.188.802
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	645.169.000	584.150.849	90,54%	61.018.151
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	259.630.000	243.185.000	93,67%	16.445.000
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.337.180.000	3.081.147.000	92,33%	256.033.000
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	295.526.000	58.784.661	19,89%	236.741.339
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.820.480.000	1.634.302.140	89,77%	186.177.860
511129	Belanja Uang Makan PNS	5.730.316.000	5.674.650.000	99,03%	55.666.000
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	80.500.000	69.000.000	85,71%	11.500.000
511147	Belanja Tunjangan Lain-lain termasuk uang duka PNS Dalam d	-	-	-	-
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	507.360.000	409.545.000	80,72%	97.815.000
511511	Belanja Gaji Pokok Pegawai Non PNS	-	-	-	-
512211	Belanja uang lembur	351.360.000	328.106.000	93,38%	23.254.000
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	7.798.886.000	7.381.312.446	94,65%	417.573.554
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	3.564.001.000	3.367.165.555	94,48%	196.835.445
521114	Belanja pengiriman surat dinas pos pusat	31.680.000	19.063.870	60,18%	12.616.130
521115	Honor Operasional Satuan Kerja	442.440.000	388.100.000	87,72%	54.340.000
521219	Belanja Barang Non Operasional Lainnya	-	-	-	-
521811	Belanja Barang Untuk Persediaan Barang Konsumsi	710.197.000	635.289.025	89,45%	74.907.975
522111	Belanja Langganan Listrik	1.000.008.000	973.210.578	97,32%	26.797.422
522112	Belanja Langganan Telepon	57.900.000	46.839.486	80,90%	11.060.514
522113	Belanja Langganan Air	39.099.000	39.083.300	99,96%	15.700
522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	203.495.000	187.339.132	92,06%	16.155.868
523111	Belanja Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	1.750.066.000	1.725.221.500	98,58%	24.844.500
2094.509	Layanan Operasional RS	14.715.287.000	12.386.163.477	84,17%	2.329.123.523
005	Dukungan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi Unit	14.715.287.000	12.386.163.477	84,17%	2.329.123.523
521112	Belanja Pengadaan Bahan Makanan	10.184.552.000	8.523.089.474	83,69%	1.661.462.526
521119	Belanja Barang Operasional	4.530.735.000	3.863.074.003	85,26%	667.660.997
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	9.513.141.000	7.757.517.898	81,55%	1.755.623.102
005	Dukungan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi Unit	9.513.141.000	7.757.517.898	81,55%	1.755.623.102
521119	Belanja Barang Operasional	9.513.141.000	7.757.517.898	81,55%	1.755.623.102
521119-Frm	Belanja Barang Operasional	9.513.141.000	7.757.517.898	81,55%	1.755.623.102
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	1.313.628.000	1.162.595.415	88,50%	151.032.585
011	Layanan Internal Organisasi	1.313.628.000	1.162.595.415	88,50%	151.032.585
521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1.313.628.000	1.162.595.415	88,50%	151.032.585
	Jumlah	**91.724.399.000**	**84.500.288.897**	**92,12%**	**7.224.110.103**

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - VII	REALISASI	%	SALDO
1	2	3	3	3	3
BLU					
2094.507	Sarana dan Prasarana	3.378.902.000	3.318.146.259	98,20%	60.755.741
051	Pengadaan Sarana dan Prasarana	3.378.902.000	3.318.146.259	98,20%	60.755.741
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	3.072.502.000	3.027.511.259	98,54%	44.990.741
537112-507	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	3.072.502.000	3.027.511.259	98,54%	44.990.741
537115	Belanja Modal dan Fisik Lainnya	306.400.000	290.635.000	94,85%	15.765.000
2094.508	Alat Kesehatan	4.231.979.000	4.035.214.903	95,35%	196.764.097
051	Pengadaan Alat Kesehatan	4.231.979.000	4.035.214.903	95,35%	196.764.097
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	4.231.979.000	4.035.214.903	95,35%	196.764.097
537112-508	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	4.231.979.000	4.035.214.903	95,35%	196.764.097
2094.509	Layanan Operasional RS	41.435.071.000	32.187.749.577	77,68%	9.247.321.423
051	Pembayaran Remunerasi	31.591.560.000	26.686.994.904	84,48%	4.904.565.096
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	30.208.080.000	25.675.565.930	85,00%	4.532.514.070
525112	Belanja Barang	210.750.000	41.892.950	19,88%	168.857.050
525113	Belanja Jasa	1.172.730.000	969.536.024	82,67%	203.193.976
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	9.843.511.000	5.500.754.673	55,88%	4.342.756.327
525114	Belanja Pemeliharaan	9.612.331.000	5.305.284.673	55,19%	4.307.046.327
525119	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	231.180.000	195.470.000	84,55%	35.710.000
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	402.828.000	211.069.013	52,40%	191.758.987
011	Layanan Internal Organisasi	402.828.000	211.069.013	52,40%	191.758.987
525115	Belanja Perjalanan	402.828.000	211.069.013	52,40%	191.758.987
2094.509	Layanan Operasional RS	4.494.220.000	3.779.369.393	84,09%	714.850.607
005	Dukungan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi Unit	4.494.220.000	3.779.369.393	84,09%	714.850.607
525119	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	4.494.220.000	3.779.369.393	84,09%	714.850.607
		53.943.000.000	**43.531.549.145**	**80,70%**	**10.411.450.855**
		145.667.399.000	**128.031.838.042**	**87,89%**	**17.635.560.958**

Penjelasan atas kenaikan/penurunan realisasi belanja dapat dijelaskan sebagai berikut :

a) Belanja Pegawai

Realisasi belanja pegawai pada tahun 2017 sebesar Rp. 47.016.818.746, turun sebesar 2,58% dari realisasi belanja tahun 2016 sebesar Rp. 48.262.887.27. Hal ini disebabkan pada tahun 2016 Belanja Gaji pokok Pegawai Non PNS dibayarkan melalui dana RM pada MAK 511511, sedangkan pada tahun 2017 tidak lagi dibayarkan melalui dana RM, sehingga dibayarkan melalui dana BLU pada MAK 525111

b). Belanja Barang

Total realisasi belanja barang pada tahun 2017 sebesar Rp. 64.865.777.219, naik sebesar 11,61% dari realisasi belanja tahun 2016 sebesar Rp. 58.115.721.622. Hal ini disebabkan karena :

- Pengiriman surat dinas meningkat sebesar Rp. 1.568.495 atau sebesar 8,97% dari tahun 2016. hal ini disebabkan adanya peningkatan jenis dokumen yang dikirim pada 2017 (buletin, kalender, leaflet) dan lebih banyak permintaan pengiriman dokumen secara kilat khusus.

- Realisasi honor operasional satuan kerja pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 75.500.000 atau sebesar 24,15% dari tahun 2016
- Belanja Barang untuk Persediaan Barang Konsumsi pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 99.150.525 atau sebesar 18,49% dari tahun 2016. Peningkatan pada belanja pengadaan ATK karena kebutuhan yang meningkat pada tahun 2017 baik untuk klaim maupun kegiatan administrasi
- Belanja Langganan Listrik pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 39.377.440 atau sebesar 4,22% dari tahun 2016. Peningkatan disebabkan karena peningkatan konsumsi energi listrik (kwh) karena penambahan jumlah peralatan elektronik berupa AC, Komputer, dan Operasional Lift
- Realisasi Belanja langganan Telepon pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 4.606.646 atau sebesar 10,91% dari realisasi tahun 2016
- Realisasi langganan air pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 2.312.000 atau sebesar 6,29% dari tahun 2016. Peningkatan juga disebabkan karena kenaikan tarif pajak air permukaan pada tahun 2017
- Realisasi langganan daya dan jasa lainnya pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 35.666.672 atau sebesar 23,52% dari tahun 2016 hal ini disebabkan karena pada tahun 2016 langganan daya dan jasa hanya berupa langganan internet, sedangkan pada tahun 2017 berupa langganan internet dan langganan tv kabel.
- Realisasi pemeliharaan gedung dan bangunan tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 1.074.541.137 atau sebesar 165,14% dari tahun 2016, karena selain gedung dan bangunan yang memerlukan pemeliharaan juga adanya rencana zoning administrasi, rawat inap, penunjang dan pendidikan
- Realisasi belanja pengadaan bahan makan pasien meningkat disebabkan oleh kenaikan harga dan jumlah layanan makanan pasien.
- Realisasi pengadaan bahan makanan mahasiswa turun dari tahun 2016 disebabkan penurunan jumlah praktikan
- Pembayaran gaji pegawai BLU dan non PNS melalui anggaran BLU karena pada tahun 2017 tidak lagi dibayarkan melalui anggaran RM.
- Terjadi peningkatan jumlah iuran BPJS ketenagakerjaan dan kesehatan karena penambahan jumlah kepesertaan BPJS dari 103 orang menjadi 137 orang.

c). Belanja Modal

Realisasi Belanja Modal pada tahun 2017 sebesar Rp. 16.142.533.259 naik 3.82% dari tahun 2016 sebesar Rp. 15.549.186.840.

Pengadaan peralatan dan mesin tahun 2017 dilakukan antara lain untuk melengkapi kebutuhan AC yang belum tersedia maupun yang rusak di Rawat jalan, penggantian alat-alat gizi dan IPSRS yang rusak, pengadaan komputer di ruang rawat inap untuk pengembangan SIRS, pengadaan inventory farmasi untuk pengelolaan persediaan farmasi karena aplikasi yang lama sudah tidak memadai, pengadaan lift untuk menunjang kelancaran pelaksanaan tugas, serta pengadaan alat-alat RT lainnya untuk menunjang pelayanan, pengadaan mesin cuci, mesin pengering, pump laundry, perlengkapan ruang tindakan, Genset, ATS, dan ICA Stabilizer

Pengadaan alkes pada tahun 2017 untuk mengganti beberapa alkes yang telah rusak di klinik gigi, fisioterapi, laboratorium, penambahan alat untuk layanan radiologi, daycare psikogeriatri, klinik nyeri, dan melengkapi kakurangan alat di ruang tindakan sesuai standar dan kekurangan alat di IGD, Ranap, Rajal

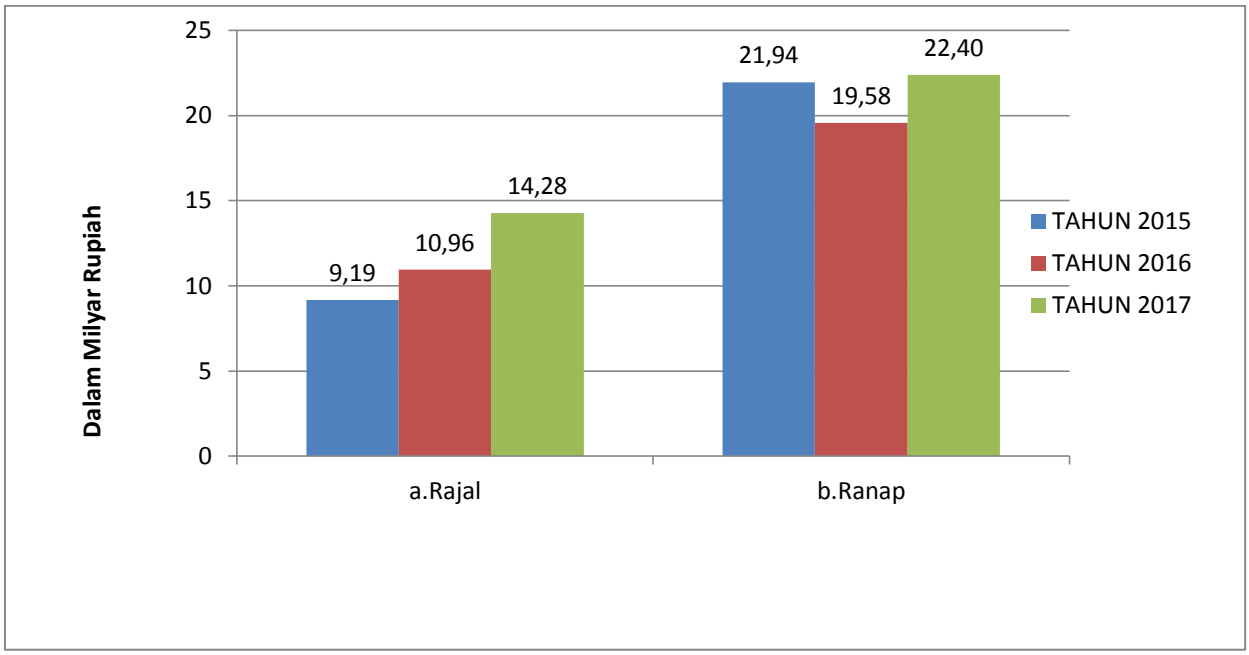
Pengadaan masterplan pada tahun 2017 diperlukan untuk menetapkan pedoman pengembangan unit bisnis di RSJ Dr. Radjiman W. Lawang selama 5 tahun kedepan.

Belanja modal gedung dan bangunan pada tahun 2017 berupa rehab berat gedung pelayanan, pembangunan pagar rawat inap, pembangunan pembatas wilayah

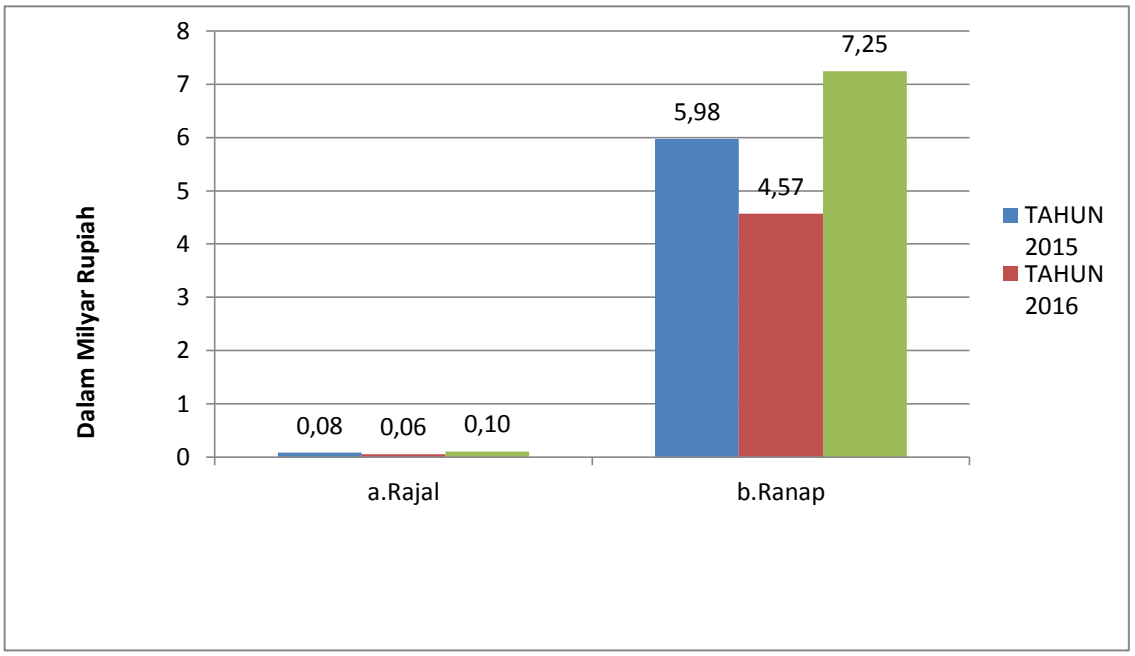
Realisasi belanja modal fisik lainnya pada tahun 2017 berupa pembangunan jalan aspal lingkungan RSJ Dr. Radjiman W. Lawang.

Peningkatan Pendapatan pada tahun 2017 dengan penjelasan sebagai berikut :

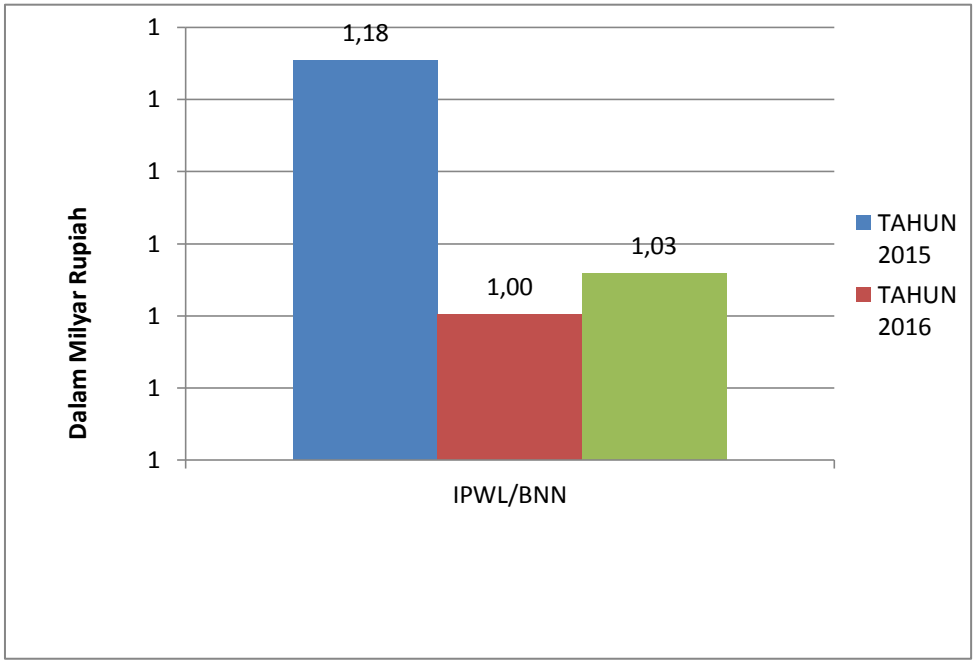
1. Penerimaan BPJS Kesehatan Rawat Jalan terjadi kenaikan 30 %, Rawat Inap naik sebesar 14 % jika dibandingkan penerimaan Tahun 2016 Hal ini karena adanya kenaikan jumlah kunjungan yang diajukan klaim



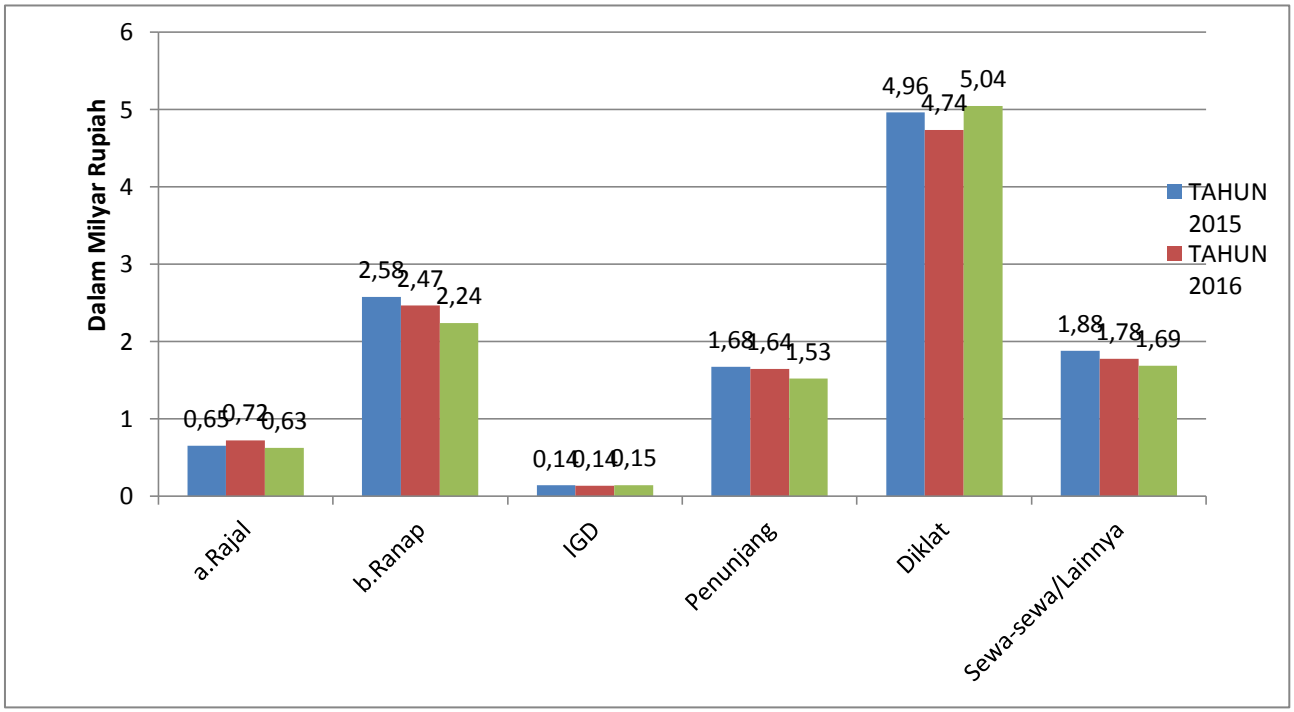
2. Penerimaan Jamkesda baik Rawat Jalan maupun Rawat Inap mengalami peningkatan yang cukup tinggi yaitu 89 % rajal dan 59 % ranap jika dibandingkan dengan penerimaan Tahun 2016 hal ini karena adanya Peraturan Gubernur Jawa Timur no. 138/2016 tentang Program Pembiayaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin yang tidak masuk pada kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Kartu Indonesia Sehat (KIS) maupun Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)



3. Penerimaan layanan Rehabilitasi Napza ada peningkatan 3 % jika dibandingkan Tahun 2016 Hal ini karena ada pencairan klaim layanan Tahun 2016 yang baru bisa dibayarkan Tahun ini yaitu total sebesar Rp.496.103.661



4. Penerimaan tunai/tanpa jaminan mengalami penurunan di Rawat Jalan 14 % dan Rawat Inap sebesar 9 %, Penunjang 7 %, jika dibandingkan dengan Tahun 2016, hal ini karena sebagian pengunjung berpindah ke peserta JKN



5. Penerimaan kedaruratan mengalami peningkatan 5 % jika dibandingkan tahun sebelumnya hal ini karena ada peningkatan jumlah kasus kedaruratan
6. Penerimaan Diklat ada kenaikan sebesar 5 % apabila dibandingkan Tahun 2016 hal ini karena adanya kenaikan tarip yang diberlakukan sejak Juli 2017
7. Sedangkan sewa-sewa gedung dan penerimaan lainnya mengalami penurunan sebesar 5 % apabila dibandingkan Tahun 2016, hal ini karena ada beberapa gedung yang sedang dilakukan perbaikan dan renovasi yaitu Gedung Semeru serta Guest House sementara tidak di sewakan lagi karena diperuntukkan layanan tamu-tamu kedinasan

Realisasi penerimaan 3 tahun terakhir dan tahun 2017 adalah sebagai berikut :

NO	URAIAN	TAHUN 2015	TAHUN 2016	TAHUN 2017	PROSENTASE 2016-2017
1	BPJS Kesehatan				
	a.Rajal	9.187.104.031	10.955.125.174	14.283.744.143	130%
	b.Ranap	21.939.410.201	19.582.616.768	22.396.655.109	114%
2	Jamkesda				
	a.Rajal	81.206.377	55.157.472	104.160.500	189%
	b.Ranap	5.977.099.953	4.569.978.432	7.249.327.747	159%
3	IPWL/BNN	1.177.140.669	1.001.088.481	1.029.729.288	103%
4	Umum/Bayar Tunai				
	a.Rajal	651.586.700	724.868.800	625.124.700	86%
	b.Ranap	2.576.633.147	2.467.253.602	2.237.621.046	91%
5	IGD	143.430.100	140.570.050	147.779.400	105%
6	Penunjang	1.676.808.717	1.644.733.029	1.525.993.790	93%
7	Diklat	4.963.575.500	4.735.695.940	5.043.636.460	107%
8	Sewa-sewa/Lainnya	1.884.977.363	1.781.247.571	1.687.125.349	95%
	TOTAL	**50.258.972.758**	**47.658.335.319**	**56.330.897.532**	**118%**

BAB IV
P E N U T U P

A. Kesimpulan

Dalam menerapkan prinsip-prinsip manajemen bisnis dan memenuhi tuntutan pelayanan prima dari masyarakat, maka RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai instansi PK-BLU berkewajiban memenuhi persyaratan administratif yaitu kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan. Dengan tercapainya Lulus Akreditasi Paripurna dari KARS Tahun 2015 dan revisitasi tahun 2016 dan 2017 serta audit mutu ISO 9001-2008 oleh SGS sebagai tolak ukur dalam memenuhi kualitas pelayanan untuk kepuasan masyarakat dan keselamatan pasien kedepan harus dipertahankan budaya kinerja sesuai dengan standar akreditasi.

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJ Dr.Radjiman W. Lawang Tahun 2017 disusun sebagai pelaksanaan tugas, tanggung jawab dan kewajiban untuk pelaksanaan program kerja sesuai sasaran strategis, program dan kegiatan. Sistematika penyusunan laporan ini mengacu pada surat Sekretaris Ditjen Pelayanan Kesehatan Nomor PR.05.04/I.1/9052/2017 tanggal 21 Nopember 2017 tentang penyampaian perjanjian kinerja Tahun 2018 dan Penyampaian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2017 dan Permen PAN dan RB No. 53 Tahun 2014.

Seluruh jajaran RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah bekerja giat untuk meningkatkan 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 harus diciptakan dan dilaksanakan secara konsisten, sistimatis, terencana dan berkesinambungan.

Beberapa indikator capaian kinerja dapat disimpulkan sebagai berikut:
Kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan untuk pertumbuhan kunjungan rawat jalan meningkat 109 % dibandingkan dengan tahun lalu. Untuk pertumbuhan kunjungan rawat darurat meningkat 105 %. Sedangkan pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap tercapai 112 %. Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi meningkat 118 % , Pertumbuhan pemeriksaan ECT 113% selama tahun 2017 dengan tambahan ECT premedikasi . Pertumbuhan rehab medik dan mental mencapai 112 %. Dalam hal mendukung JKN untuk penulisan resep sesuai dengan Formularium Nasional 98,6 % sesuai dengan

kebijakan dalam pemakaian obat Formularium Nasional . BOR meningkat dari 66,95 % menjadi 76,58% pada tahun 2017 karena pelaksanaan MOU dengan kabupaten/ kota.
Dalam rangka memenuhi mutu layanan dan mutu klinik di masyarakat beberapa indikator sesuai dengan standar Nasional yaitu : Mutu Layanan Emergency Respon Time tercapai 8,9 mnt, waktu tunggu rawat jalan 59,4 mnt dari standar 60 mnt. Length Of Stay masih terlalu lama yaitu 42,91 hari , waktu tunggu sebelum ECT 1 hari sudah memenuhi standar, waktu tunggu Laboratorium 51 mnt sudah cukup terpenuhi. Waktu Tunggu Hasil Radiologi 1,72 jam sudah terpenuhi. Untuk Mutu Klinik angka kematian di Gawat Darurat 0% tercapai, Angka kematian > 48 jam hanya 0 ‰. Tidak ada kematian setelah dilakukan ECT . Angka Infeksi nosokomial untuk luka fixaxi 0 %, dermatomikosis 0,06 %, Scabies 0,11 % dan postural hipotensi 0, % sehingga angka infeksi nosokomial masih dalam kriteria baik (Haper 0,17% dengan skor maksimal 4)

Kinerja Direktorat SDM dan Pendidikan adanya peningkatan jumlah pegawai 2 orang karena pegawai yang pensiun sejumlah 26 orang, pindah keluar 4 orang jadi jumlah total pegawai yang keluar 30 orang, sedangkan jumlah pegawai yang masuk pindahan dari luar sebanyak 3 orang dan yang masuk dari rekruitmen (pegawai kontrak) sejumlah 29 orang jadi jumlah total pegawai yang masuk sebanyak 32 orang. Pada jabatan struktural terdapat kekosongan 2 orang yaitu eselon IIIb karena mengundurkan diri (kembali ke jabatan fungsional tertentu dan umum). Pada jabatan fungsional terdapat penurunan pegawai sejumlah 5 orang karena adanya pembebasan jabatan fungsional. Pada jabatan staff terdapat penurunan dikarenakan adanya pegawai yang pensiun sejumlah 26 orang dan pindah keluar dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang 2 orang. Pada pegawai Non PNS terdapat kenaikan pegawai sejumlah 27 orang dikarenakan adanya rekruitmen pegawai Non PNS sebanyak 29 orang dan keluar dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang 2 orang. Kinerja tetap berjalan dengan dengan melakukan efisiens dan efektifitas pegawai.

Kegiatan pengelolaan kesejahteraan pegawai yang meliputi pengelolaan BPJS, TASPEN, cuti pegawai, uangduka, tali asih, pemeriksaan kesehatanpegawai, uang makan pegawai PNS dan pengelolaan pegawai Non PNS sudah sesuai dengan target.. Terkait pengelolaan cuti pegawai, tercapai sesuai target yang telah di tetapkan, namun dalam pelaksanaanya cuti mengalami perubahan yaitu pada cuti bersama yang telah ditetapkan oleh presiden tidak mengurangi cuti tahunan yang pada tahun sebelumnya mengurangi. Terkait pengelolaan BPJS Kesehatan bagi pegawai non PNS tercapai sesuai target namun ada perubahan dalam pengelolaanya, dimana iuran yang sebelumnya dibiayai oleh pusat (rupiah murni sebanyak 41 orang) mulai bulan januari tahun 2017 dibiayai oleh Pendapatan Rumah Sakit.

Kegiatan penatausahaan pegawai pada tahun 2017 sejumlah 10 kegiatan yang meliputi: pengusulan KARIS/KARSU, pengusulan KARPEG, pembuatan surat tugas, pembuatan Surat Keputusan DIRUT, mengagendakan surat, administrasi kepegawaian lainnya, meng-update SIMKA online, merekap data ketenagaan bulanan, pengusulan kenaikan gaji berkala dan meng-update dan membuat DUK semua kegiatan tercapai sesuai target yang di tetapkan, namun terkait dengan Update SIMKA terdapat kendala kurangnya data pendukung dalam Update SIMKA karena pegawai tidak melapor jika terjadi perubahan data dikarenakan pegawai kurang memahami kepentingan Update SIMKA.. Pelaksanaan survei penilaian budaya kerja pegawai telah terlaksana walaupun dalam pelaksanaanya mengalami kendala dalam hal pemahaman indikator penilaiannya.

Program di Bagian Diklit untuk pertumbuhan peserta didik Kedokteran tahun 2017 mengalami kenaikan mencapai 112%., Layanan praktikan mahasiswa S1 psikologi meningkat mencapai 111 % . Rata - rata jam pelatihan karyawan 1,44 jam .Penyelenggaraan pelatihan dodiknis dan CI yang dilaksanakan bekerjasama dengan institusi pasangan.Penelitian yang dipubllikasikan tercapai 2 penelitian karena ada kerjasama penelitian dengan peneliti dari luar. Capaian pelayanan magang tahun 2017 tercapai 216% dikarenakan pengiriman peserta magang dari kabupaten / kota yang akan membuka layanan kesehatan jiwa terbatas. Capaian layanan studi banding tahun 2017 meningkat sebesar 300 % dikarenakan ada kebutuhan institusi akan Akreditasi RS , Akreditasi RS Pendidikan dan layanan unggulan psikogeriatri. Layanan kunjungan tahun 2017 tercapai sebesar 133,82% dikarenakan ada beberapa institusi yang telah bekerja sama dengan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat untuk praktik kerja lapangan juga rutin mengirimkan mahasiswanya untuk kunjungan terlebih dahulu

Survey Kepuasan peserta didik tercapai 87,35% disebabkan perbaikan layanan pendidikan meski masih ada beberapa keluhan dan saran yang perlu dipertimbangkan. Visitasi Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Afiliasi sudah dilaksanakan ditahun 2017 dengan MoU tripartite yang mengacu pada PP No 93 tahun 2015, antara FK UWKS dan RSUD Sidoarjo dengan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Kinerja Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum sesuai indikator Tingkat Kesehatan BLU berdasarkan Perdirjen PB No. 36 Tahun 2016 dan ditetapkan dalam Target Kinerja dalam Rencana Kerja Tahun 2017. Target penetapan kinerja/ Tapja tahun 2017 diusulkan pada bulan Januari 2017 sebesar **84,55%**. Adapun realisasinya pada Tahun 2017 tercapai **87,02 (kategori BAIK AA)** sehingga target tercapai dengan rincian aspek keuangan tercapai 23,25 dan aspek pelayanan tercapai 63,77.

Pencapaian Indikator Kinerja Utama Direktur Utama selama Tahun 2017 dengan jumlah terkecil 87 skor 1,75 dan tertinggi 96,25 dengan skor 2 dengan rata – rata nilai indikator

1,75 - 2 . Sedangkan untuk Indikator Kinerja Terpilih tercapai rata – rata pencapaian index 1,07 dengan Nilai IKI : ± 1,7.

Realisasi belanja pegawai pada tahun 2017 sebesar Rp. 47.016.818.746, turun sebesar 2,58%. Realisasi Belanja Barang pada tahun 2017 sebesar Rp. 64.865.777.219, naik sebesar 11,61%. Realisasi honor operasional satuan kerja pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 75.500.000 atau sebesar 24,15% . Belanja Barang untuk Persediaan Barang Konsumsi pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 99.150.525 atau sebesar 18,49%. Belanja Langganan Listrik pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 39.377.440 atau sebesar 4,22% .Realisasi Belanja langganan Telepon pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 4.606.646 atau sebesar 10,91% .. Realisasi langganan air pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 2.312.000 atau sebesar 6,29%. Realisasi langganan daya dan jasa lainnya pada tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 35.666.672 atau sebesar 23,52% . Realisasi pemeliharaan gedung dan bangunan tahun 2017 meningkat sebesar Rp. 1.074.541.137. Realisasi belanja pengadaan bahan makan pasien meningkat disebabkan oleh kenaikan harga dan jumlah layanan makanan pasien. Pembayaran gaji pegawai BLU dan non PNS melalui anggaran BLU karena pada tahun 2017 tidak lagi dibayarkan melalui anggaran RM. Realisasi Belanja Modal pada tahun 2017 sebesar Rp. 16.142.533.259 naik 3.82%.

Pengadaan peralatan dan mesin tahun 2017 dilakukan antara lain untuk melengkapi kebutuhan AC yang belum tersedia maupun yang rusak di Rawat jalan, penggantian alat-alat gizi dan IPSRS yang rusak, pengadaan komputer di ruang rawat inap untuk pengembangan SIRS, pengadaan inventory farmasi untuk pengelolaan persediaan farmasi karena aplikasi yang lama sudah tidak memadai, pengadaan lift untuk menunjang kelancaran pelaksanaan tugas, serta pengadaan alat-alat RT lainnya untuk menunjang pelayanan, pengadaan mesin cuci, mesin pengering, pump laundry, perlengkapan ruang tindakan, Genset, ATS, dan ICA Stabilizer .Pengadaan alkes pada tahun 2017 untuk mengganti beberapa alkes yang telah rusak di klinik gigi, fisioterapi, laboratorium, penambahan alat untuk layanan radiologi, daycare psikogeriatri, klinik nyeri, dan melengkapi kakurangan alat di ruang tindakan sesuai standar dan kekurangan alat di IGD, Ranap, Rajal. Pengadaan masterplan pada tahun 2017 diperlukan untuk menetapkan pedoman pengembangan unit bisnis di RSJ Dr. Radjiman W. Lawang selama 5 tahun kedepan. Belanja modal gedung dan bangunan pada tahun 2017 berupa rehab berat gedung pelayanan, pembangunan pagar rawat inap, pembangunan pembatas wilayah. Realisasi belanja modal fisik lainnya pada tahun 2017 berupa pembangunan jalan aspal lingkungan RSJ Dr. Radjiman W. Lawang

Dilakukan reskonsiliasi sarana prasarana yaitu Barang Milik Negara/ BMN secara berkala dengan aplikasi SIMAK-BMN / SIMAN dan SAIBA Rekonsiliasi realisasi anggaran setiap bulan dan setiap tri wulan baik secara internal maupun dengan KPPN Malang. Dilakukan audit secara internal oleh SPI dan dengan KAP dengan hasil penilaian WTP untuk pelaporan yang sudah berjalan. Pemanfaatan teknologi Informasi dalam setiap kegiatan pelayanan keuangan, pelayanan pengadaan Barang dan Jasa dan juga untuk kegiatan di bawah Direktorat keuangan dan Administrasi Umum.

Untuk mewujudkan pelayanan prima dan kepuasan pelanggan telah dilaksanakan survei kepuasan pelanggan IKM dengan nilai 82,2 **(kategori BAIK).** Dari total 208 penanganan komplain yang masuk telah dapat direspon seluruhnya. Walaupun tidak semua komplain dapat ditangani dengan segera terutama yang berkaitan dengan sarana prasarana.Budaya kinerja harus tetap dipertahankan dan lebih ditingkatkan lagi untuk mempertahankan AKREDITASI PARIPURNA yang telah dicapai.

.

B. Langkah – langkah meningkatkan Kinerja

1) Perlunya seluruh unit kerja melakukan kajian untuk lebih memahami kekuatan, kelemahan, peluang, serta ancaman sesuai dengan analis SWOT pada kuadaran II dalam mengelola potensi sumber daya untuk menghasilkan kinerja pelayanan dan peningkatan pendapatan operasional BLU.
2) Dengan tersusunnya RSB RSJRW tahun 2015 – 2019 perlu di jabarkan dalam Rencana Kinerja Tahunan yaitu RBA Tahun 2017 disertai target yang rasional sebagai pedoman dalam melaksanakan kinerja tahun berjalan dan perlu lebih dipertajam lagi untuk matrik keterkaitan sasaran strategis dan programn kerja.
3) Perlunya tindak lanjut penyelesaian masalah sesuai dengan rekomendasi yang ditentukan pada setiap tabel indikator sasaran strategis dan penetapan kinerja dalam IKU RSB, IKI IKT Dirut, Tingkat Kesehatan dan Indikator Mutu khususnya untuk realisasi yang belum mencapai target.
4) Perlunya peningkatan promosi dan prevensi kesehatan jiwa melalui pemantapan kerjasama jejaring pelayanan kesehatan jiwa di seluruh kabupaten/ kota se provinsi JawaTimur untuk mendukung sistem rujukan berkaitan dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
5) Perlu mengupayakan pengembangan jejaring kerjasama operasional untuk pelayanan unggulan psikogeriatri dan pelayanan yang lain, peningkatan promosi layanan

kesehatan jiwa usia lanjut, dan memperkenalkan pusat pelayanan nasional psikogeriatri dengan fasilitas yang lengkap.

6) Perlunya monitoring dan evaluasi kebutuhan SDM dengan meng*update* Analisis Beban Kerja secara On Line yang sudah dilakukan sehingga didapatkan kebutuhan sesuai dengan perkembangan dan pertumbuhan organisasi rumah sakit.
7) Perlunya peningkatan kompetensi SDM untuk mencapai persyaratan kompetensi dan kredensial/ rekredensialing untuk mempertahankan Akreditasi "Lulus Paripurna" Rumah Sakit KARS versi 2012 dan mencapai SNARS tahun 2018
8) Perlunya pengembangan kualitas pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian untuk mendukung potensi sebagai rumah sakit jiwa pendidikan
9) Perlunya koordinasi, komunikasi, dan informasi dengan seluruh unit kerja secara lebih intensif agar kegiatan penelitian internal dapat terlaksana.
10) Perlunya kerjasama lintas profesi dan mengembangkan inovasi program rehabilitasi mental yang berfokus kemandirian pasien dengan waktu relative lebih pendek agar pasien mampu beradaptasi kembali dengan lingkungan rumah/ keluarga/ masyarakat.
11) Perlunya monitoring pelaksanaan pengadaan B/J secara efektif , transparan dan akuntabel mendukung reformasi birokrasi.

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RS JIWA Dr.RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
Jalan A.Yani Lawang - 65208, Telp. (0341) 426015, 429067, Fax. (0341) 423785
website : www.rsjlawang.com, email : rsjlawang@yahoo.com

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
NOMOR : HK. 03.01/XXVII.3.2.3/4580/2017.
TENTANG
TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA(LAK) TAHUN 2017 DI RSJ Dr.RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
DIREKTUR UTAMA RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODINGRAT LAWANG

MENIMBANG

a. bahwa untuk kelancaran pelaksanaan anggaran tahun 2017 serta terlaksananya pelaporan capaian kinerja Rumah Sakit yang transparan dan akuntabel sesuai dengan visi, misi, dan tujuan organisasi, maka perlu dilaksanakan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK),
b. bahwa untuk menyusun laporan perlu dibentuk Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) Tahun 2017 di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang,
c. bahwa sehubungan dengan hal tersebut, maka perlu penunjukan Tim Penyusun dan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja (LAK) yang ditetapkan dalam suatu Keputusan,

MENGINGAT

1. Peraturan Pemerintah No.8 Tahun 2006, tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
2. Instruksi Presiden RI No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 254/Menkes/Per/III/2008, tanggal 11 Maret 2008, tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang;
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan;
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/Men.Kes/SK/VI/2007, tanggal 26 Juni 2007 tentang Penetapan 15 (lima belas) Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis (UPT) DepKes dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLU
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. KP.03.01/Menkes/351/2015, tanggal 26 Agustus 2015, tentang Pengangkatan, pemindahan dan pemberhentian dalam dan dari Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di lingkungan Kementerian Kesehatan;

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2017 DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

KESATU : Membentuk Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) tahun anggaran 2017, dengan susunan personalia sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini;

KEDUA : Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) tahun 2017 bertugas mengevaluasi dan finalisasi LAK tahun 2017 serta mempersiapkan penilaian dari Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan RI;

KETIGA : Surat Keputusan ini **berlaku sejak tanggal : 1 Januari 2018** dan akan diadakan pembetulan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di : **Lawang**
Pada Tanggal : **21 Desember 2017**

DIREKTUR UTAMA,

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTUR UTAMA
RSJ. Dr. RADJIMAN W.
LAWANG
DITJEN PELAYANAN KESEHATAN

LAURENTIUS ANGGABEAN
NIP196209251989101001

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RS JIWA Dr.RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
Jalan A.Yani Lawang - 65208, Telp. (0341) 426015, 429067, Fax. (0341) 423785
website : www.rsjlawang.com, email : rsjlawang@yahoo.com

Lampiran I : Surat Keputusan Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang HK.03.01/XXVII.3.2.3/ 4980 /2017, 21 Desember 2017

TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA(LAK) TAHUN 2017 DI RSJ Dr.RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

A. Pelindung : Direktur Utama

B. Penasehat :

1. Direktur Medik dan Keperawatan
2. Direktur SDM dan Pendidikan
3. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum

C. Susunan Tim LAK Tahun 2017

Ketua : Kepala Bagian Administrasi Umum

Sekretaris : Kepala Sub Bagian TU dan Pelaporan

Anggota :

1. Kepala Bidang Medik
2. Kepala Bidang Keperawatan
3. Kepala Bagian SDM
4. Kepala Bagian Diklit
5. Kepala Bagian Keuangan
6. Kepala Seksi Pelayanan Medik
7. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik
8. Kepala Seksi Rawat Inap
9. Kepala Sub Bagian Hukormas
10. Kepala Sub Bagian Pembendaharaan dan Akuntansi
11. Kepala Sub Bagian Administrasi Kepegawaian
12. Kepala Sub Bagian Diklit Medis
13. Kepala SPI
14. Kepala Instalasi SIRS
15. Kepala Instalasi Rekam Medis

DIREKTUR UTAMA,

KEMENTERIAN KESEHATAN DIREKTUR UTAMA RSJ. Dr. RADJIMAN W. LAWANG DIT. JEN. PELAYANAN KESEHATAN

LAURENTIUS PANGGABEAN
NIP196209111989101001

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini.

Nama : dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ, MKK
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Kementerian Kesehatan RI

Selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, 6 Januari 2017

Pihak kedua,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS
NIP 196108201988121001

Pihak Pertama,

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTUR UTAMA RSJ. Dr. RADJIMAN WED. LAWANG

dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ, MKK
NIP. 196209111989101001

PERJANJIAN KINERJA

Unit Organisasi : RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
Tahun : 2017

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
A.	**Perspektif Stakeholder**			
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	Persentase komplain yang ditindaklanjuti	100%
B.	**Perspektif Proses Bisnis**			
2	Terwujudnya Pelayanan yang Berkualitas	6	Terakreditasi nasional paripurna	Pelaksanaan *Surveilance* ISO 9001-2008 dan Survey Verifikasi
3	Terwujudnya Inovasi Pelayanan Berbasis RS dan Komunitas	7	Jumlah pengembangan jenis layanan *psikogeriatri* berbasis RS	4
		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*	Maintenance Perencanaan Pengembangan
		10	Jumlah institusi jejaring pendidikan *psikogeriatri*	1
		11	Jumlah institusi jejaring penelitian *psikogeriatri*	1
		12	Pemberdayaan layanan PPK primer & sekunder	8
		13	Terealisasi kerjasama dengan *sister hospital* luar negeri dan dalam negeri	2
		14	Persentase supervisi yang dilakukan oleh jejaring pendidikan	40%
5	Terwujudnya Bisnis Proses Internal yang Efektif	15	Persentase unit kerja yang mencapai target indikator kinerja utama	100%

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
C.	**Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi**			
6	Terwujudnya Budaya Kinerja yang Berkomitmen Pelayanan Prima	16	Persentase pegawai yang berperilaku sesuai budaya kerja	80%
7	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	17	Persentase pegawai yang memenuhi standar kompetensi	65%
8	Terwujudnya Kehandalan Aset untuk *Psikogeriatri*	18	OEE (*overall equitment effectiveness*)	60%
9	Tercapainya Sistem IT yang Terintegrasi	19	Level integrasi IT rumah sakit	Siloed-I
D.	**Perspektif Financial**			
10	Terwujudnya Efisiensi Biaya	20	POBO	58%
11	Terwujudnya Peningkatan Pendapatan RS	21	Tingkat pertumbuhan pendapatan	5%

Kegiatan	**Anggaran**
1. Rupiah Murni / APBN	Rp 87.984.655.000,-
2. Badan Layanan Umum (BLU)	Rp 53.943.000.000,-
	---------- +
TOTAL	Rp 141.927.655.000,-

Jakarta, 6 Januari 2017

Pihak kedua,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS
NIP 196108201988121001

Pihak Pertama,

KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTUR UTAMA RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
DIT. JEN. PELAYANAN KESEHATAN

dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ, MKK
NIP. 196209111989101001

KONTRAK KINERJA
ANTARA

DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN

DENGAN

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2017

Nomor : PRJ- 45 /PB/2017

Pada hari ini, Rabu, tanggal Delapan, bulan Februari, tahun dua ribu tujuh belas, bertempat di Jakarta, kami yang bertandatangan di bawah ini:

1. Nama : Dr. Marwanto Harjowiryono, M.A.
   Jabatan : Direktur Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan RI
   Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan RI
   Selanjutnya disebut sebagai PIHAK PERTAMA

2. Nama : dr. Laurentius Panggabean, SpKJ, M.KK
   Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Kementerian Kesehatan RI
   Selanjutnya disebut sebagai PIHAK KEDUA.

Bersepakat bahwa dalam rangka mewujudkan Badan Layanan Umum yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi pada hasil, diperlukan Kontrak Kinerja Tahun 2017, dengan ketentuan;

PIHAK KEDUA menyatakan kesanggupan untuk mencapai target pada Indikator Kinerja Terpilih sebagai berikut :

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target 2017			
			Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV
1.	Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	80%	90%	91%	92%	93%
2.	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU *Integrated Online System*/BIOS)	100%	91%	91%	97.5%	100%
3.	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	55%	60%	65%	70%
4.	Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan (Online/SMS)	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	45%	45%	45%

PIHAK KEDUA bersedia menerima konsekuensi atas capaian target kinerja tersebut.

Reviu dan evaluasi atas capaian kinerja dilaksanakan oleh PIHAK PERTAMA untuk selanjutnya dipergunakan sebagai dasar pertimbangan pemberian remunerasi.

Jakarta, 8 Februari 2017

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
Direktur Jenderal,

Dr. Marwanto Harjowiryono, M.A.

Rumah Sakit Jiwa
Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
Direktur Utama,

dr. Laurentius Panggabean, SpKJ, M.KK