



Komisi Akreditasi Rumah Sakit
INTERNASIONAL
★★★★★



LAKIP 2020

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat



LAKIP 2020

RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI :

1. Direktur Utama
dr. Yuniar, Sp.KJ
NIP 196808171996032005



2. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan,
dan Penunjang
dr. Resty Lestantini, M.Kes
NIP 196508242002122002



3. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan
Barang Milik Negara
Nurul Sri Hidayati Rini, SE, Ak, MMRS
NIP 196510261987032001



4. Plt. Direktur SDM, Pendidikan, dan Umum
dr. Resty Lestantini, M.Kes
NIP 196510261987032001



KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan ridho-Nya, bahwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2020. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2020 ini merupakan bentuk pertanggungjawaban RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai instansi pemerintah dalam mewujudkan visi, misi, dan tujuan organisasi dengan berpedoman pada

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014, tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Penyusunan laporan ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai umpan balik untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkesinambungan sejalan dengan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab serta sesuai dengan sasaran strategis yang telah ditetapkan.

Terima kasih disampaikan kepada seluruh unit kerja yang telah membantu dalam proses pengumpulan data, memonitoring, mengevaluasi, serta memvalidasi data sehingga tersusun "Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2020 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang". Saran dan masukan yang konstruktif, kami perlukan untuk melakukan perbaikan di masa yang akan datang. Semoga laporan ini dapat memberikan nilai manfaat bagi kita semua.

Lawang, Januari 2021

Direktur Utama



dr. Yuniar, Sp.KJ

NIP 196808171996032005

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. Kondisi Badan Layanan Umum Tahun 2019.....	5
D. Sistematika Laporan	18
BAB II : PERENCANAAN KINERJA	
A. Perencanaan Kinerja	21
B. Perjanjian Kinerja.....	22
C. Penetapan Indikator Kinerja	24
BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA	
A. Capaian Kinerja Organisasi.....	65
B. Realisasi Anggaran.....	199
BAB IV : PENUTUP	
A. Kesimpulan	206
B. Langkah – langkah meningkatkan kinerja	209
LAMPIRAN – LAMPIRAN	
Perjanjian Kinerja Tahun 2020	
Kontrak Kinerja Tahun 2020	
SK Tim Evaluasi LAK Tahun 2020	
SOP Pelaporan Data	
Kertas Kerja	



RINGKASAN EKSEKUTIF



RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat telah ditetapkan sebagai instansi PPK BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/MenKes/SK/VI/ 2007 serta Surat Keputusan Menteri Keuangan No.284/KMK.05/2007. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Salah satu persyaratan administratifnya adalah kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan. Pada tanggal 30 Juni 2019, RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berhasil memperoleh sertifikat Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) International dan berlaku sejak tanggal 14 Januari 2019 sampai dengan 13 Januari 2022 dengan nomor : KARS-SERT/764/VI/2019.

Pada tahun 2020 ditetapkan standar kinerja terdiri dari :

- Perjanjian Kinerja Tahun 2020 antara Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dalam Indikator Kinerja Utama (IKU) yang terdiri dari 22 Indikator kinerja dan pengelolaan anggaran sebesar Rp. 144.270.390.000.
- Kontrak Kinerja Direktur Utama Tahun 2020 antara Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan Dirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan yang terdiri dari 5 indikator.
- Indikator Mutu Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/I/1828/2019 tentang pedoman teknis penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan dan Peraturan Direktur Jendral Perbendaharaan nomor PER-24/PB/2018 tentang Tata Cara Perhitungan Kinerja BLU Bidang Layanan Kesehatan Pada Rumah Sakit.

Dalam rangka pencapaian target tahun 2020 dilaksanakan strategi antara lain :

- Mengembangkan pelayanan pelayanan rujukan tersier dengan fokus preventif dan promotif. Serta pengembangan layanan baru dalam ranah subspesialistik yang handal sehingga bisa menjadi rujukan lanjut terhadap kasus-kasus yang tidak bisa ditangani di

PPK 1 dan PPK 2. Serta Melakukan koordinasi manajerial untuk penanganan pencegahan penyebaran covid-19 di RSJRW dengan pembentukan tim gugus tugas kesiapsiagaan Covid-19.

- Optimalisasi pemanfaatan asset yang berupa tanah sesuai dengan hasil rekomendasi LMAN yaitu untuk lahan perkebunan
- Untuk Program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN) dilakukan penerapan anggaran bersumber Rupiah Murni (Ba-Bun) sesuai alokasi yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan RI.
- Pengaturan SDM dalam masa pandemi meliputi manajemen SDM karantina pegawai terpusat dan karantina pegawai mandiri dan Pelaksanaan cara-cara menambah imunitas dengan cara pemberian PDTT khusus berupa vitamin kepada pegawai dan PDTT reguler berupa susu dan makanan tambahan.
- Pemberian Insentif Nakes dari Kementerian Kesehatan telah didistribusikan sesuai sasaran.

Pada akhir tahun 2020 didapatkan hasil yang perlu ditindaklanjuti antara lain :

- Upaya promosi layanan subspecialistik melalui media social yang ditujukan kepada sasaran-sasaran yang potensial tetap dijalankan dengan mempergunakan cara-cara baru dan sesuai tatanan baru yaitu dengan mengoptimalkan program layanan konsultasi secara virtual (*telemedicine*), mengoptimalkan pendaftaran online, resevasi jam pelayanan dokter, dan pengantaran obat.
- Membangun sistem pelayanan yang aman dan nyaman untuk mensikapi kondisi pandemi Covid 19.
- Menggali ide-ide dari seluruh pegawai maupun lembaga konsultan asset tentang upaya-upaya diversifikasi layanan yang tetap berorientasi dalam penanganan ODGJ.
- Penyusunan prioritas pengembangan IT di unit kerja sesuai dengan usulan unit kerja yang memperhatikan tatanan baru.
- Modifikasi terhadap Kegiatan-kegiatan internalisasi budaya kerja disesuaikan dengan protokol kesehatan yang tidak melibatkan pengumpulan masa antara lain melalui penulisan artikel, atau bakat-bakat lainnya sebagai bentuk aktualisasi pegawai.
- Pembukaan kembali pendidikan dan pelatihan untuk institusi jejaring sehingga bisa kembali mengirimkan peserta didiknya ke RSJRW dengan tetap memperhatikan protokol kesehatan baik sebelum, pada saat, maupun sesudah praktek di RSJRW.

Hasil capaian kinerja merupakan pencapaian selama Tahun 2020 berdasarkan target yang telah ditentukan, capaian kinerja tahun 2020 antara lain sebagai berikut :

- 11 indikator IKU RSB tercapai antara lain Kecepatan respon terhadap komplain, Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional, Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa, Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan, Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri, Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent*, Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja, Terakreditasi Internasional, Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT, Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan, Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar, Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar
- 11 indikator IKU RSB tidak tercapai antara lain Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat, Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup, Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri, Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan, Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa, Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa, Tercapainya indikator mutu unit kerja, OEE (Overall Equipment Effectiveness), Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%, Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$
- Tingkat Kesehatan BLU tahun 2020 berdasarkan Perdirjen PB No. 24 Tahun 2018 tercapai **74,13 (kategori BAIK A)** dengan rincian aspek keuangan tercapai 22,35 dan aspek pelayanan tercapai 51,78.
- Pencapaian IKT Tw 4 tahun 2020 dengan nilai 99,6 (IKI Direktur Utama = 1)
- Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2020 adalah sebesar Rp 61.295.387.669 atau mencapai 90,58% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp 67.667.173.000
- Realisasi Belanja TA 2020 hingga bulan Desember adalah sebesar Rp 138.450.547.918 atau 85,62% dari anggaran belanja sebesar Rp 161.696.352.000.
- Upaya meraih WBK dan WBBM antara lain : Melakukan pengelolaan gratifikasi, melakukan Penanganan Pengaduan, dilakukan audit oleh SPI dan Kantor Akuntan Publik (KAP)
- Program unggulan pelayanan medis adalah Pelayanan Subspecialistik untuk meningkatkan kualitas hidup di seluruh rentang usia, terutama dalam hal Pelayanan Psikogeriatri. Konsep pelayanan ini dibangun untuk dapat mengakomodir kebutuhan kesehatan pasien geriatri secara paripurna, baik dari sisi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan-pelayanan dengan mengarah ke wellness juga menjadi salah satu sasaran pengembangan di Rumah Sakit.

Atas capaian kinerja tahun 2020 telah dilaksanakan evaluasi dan rencana tindak lanjut sebagai tolak ukur langkah pada tahun 2021.

Untuk mewujudkan pelayanan prima dan kepuasan pelanggan telah dilaksanakan survei kepuasan pelanggan IKM dengan nilai 83,34 (**kategori BAIK**). Dan penanganan komplain pelanggan berjalan sangat responsif dan efektif. Hal ini tidak terlepas dari fungsi koordinasi yang baik antara unit pelayanan dengan manajemen dalam merespon setiap keluhan pelanggan dengan tepat. Selain itu peningkatan fasilitas sarana prasarana tempat komplain pelanggan terus dilakukan peningkatan untuk kenyamanan pelanggan, sehingga yang menyampaikan komplain dapat menyampaikan keluhannya secara representatif, nyaman, dan privasinya terlindungi. Selain itu budaya kinerja harus tetap dipertahankan dan lebih ditingkatkan lagi untuk mempertahankan AKREDITASI Internasional.

BAB I

PENDAHULUAN

A. PENJELASAN UMUM ORGANISASI

RSJ 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. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Salah satu persyaratan administratifnya adalah kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

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 2020 mengacu kepada Rencana Strategis Bisnis (RSB 2020-2024). 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.

RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat ditetapkan kembali ijin operasionalnya dan penetapan klasifikasi RS Khusus Jiwa Kelas A melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. HK. 02.02/I/0894/2020 tanggal 20 Maret 2020. Pada tanggal 30 Juni 2019, RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berhasil memperoleh sertifikat Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) International dan berlaku sejak tanggal 14 Januari 2019 sampai dengan 13 Januari 2022 dengan nomor : KARS-SERT/764/VI/2019. Hal ini merupakan bagian dan upaya RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang untuk senantiasa mempertahankan dan meningkatkan kinerja pelayanan.

Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa.

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

1. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;

2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
3. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
4. Pengelolaan pelayanan non medis;
5. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
6. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
7. Pengelolaan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
8. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
9. Pengelolaan sumber daya manusia;
10. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
11. Pelaksanaan kerja sama;
12. Pengelolaan sistem informasi;
13. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
14. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

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 untuk peningkatan kinerja tahun berikutnya.
2. Dapat dijadikan acuan dalam membuat analisis kinerja dan menyampaikan laporan pertanggung jawaban, sehingga akuntabilitas menjadi lebih jelas.
3. Dari matrik kegiatan dapat diidentifikasi prioritas pelayanan yang akan dikembangkan dan usaha ditingkatkan secara efisien guna mobilisasi sumberdaya.
4. Dapat dijadikan acuan dalam intensifikasi dan kualitas pelayanan sesuai dengan daya tarik / peluang pasar sesuai hasil pemetaan 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.1/330/2021 tanggal 8 Januari 2021 tentang pemberitahuan penyusunan Laporan Kinerja dan Pengisian Aplikasi monev TA 2020.

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 2020 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 2020-2024 dan RBA tahun 2020.
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)

Beberapa permasalahan dan hambatan yang dihadapi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat pada tahun 2020, antara lain :

1. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang

- a. Layanan baru dalam hal subspecialistik sesuai visi dan misi RSJRW sudah disusun dan sudah dilakukan promosi di awal tahun tetapi dalam perkembangannya terjadi situasi pandemi Covid-19 pada sekitar bulan Maret 2020 yang berimbas secara umum belum bisa bertambahnya angka kunjungan pasien dan khususnya pada layanan subspecialistik.
- b. Keterbatasan ketersediaan dan akses pemeriksaan penunjang untuk penegakan diagnosa paparan Covid 19.

- c. Kelangkaan dan mahal nya harga APD yang diperlukan untuk pelayanan sesuai dengan protokol kesehatan di era pandemi Covid 19
- d. Telaah dan kajian bersama BPJS sudah direncanakan untuk mengakomodir layanan baru seperti *telemedicine* dalam pembiayaan BPJS tetapi belum terlaksana karena masih terkendala pandemi Covid-19. Sementara belum ada pembiayaan BPJS maka layanan dibuka untuk pembiayaan mandiri/umum.
- e. Penyediaan dana PPDS yang menjalani stase geriatri perlu proses berkesinambungan sehingga ditetapkan di DIPA RS.
- f. Pengelolaan kalibrasi Alkes dilakukan oleh unit pemeliharaan Alkes, sehingga perlu koordinasi intensif dengan unit kerja untuk identifikasi semua alat kesehatan yang dimiliki. Diperlukan sistem yang paten sehingga berjalan dengan baik.
- g. Promosi program rehab *daycare* belum masuk konten-konten promosi RS di media sosial.
- h. Promosi program konsultasi gizi belum masuk konten-konten promosi RS di media sosial.
- i. Promosi dan advokasi pentingnya pelayanan geriatri berbasis masyarakat dilakukan secara formal dan informal melalui kegiatan-kegiatan posyandu lansia, senam lansia, wisata jiwa lansia pada awal tahun, namun kemudian terhenti karena situasi pandemi Covid-19.
- j. Ketiadaan SDM spesialis Paru yang menetap di RSJRW, sangat mempengaruhi pelayanan pasien yang terindikasi atau terpapar infeksi Covid 19.
- k. Regulasi belum mengakomodir pemeriksaan virtual (*telemedicine*) pra perawatan RS kepada pasien lansia sehingga masih dibutuhkan kehadiran secara langsung.
- l. Rencana pertemuan dengan pihak pengelolaan NAPZA Kepolisian, Kejaksaan, BNN Daerah, sudah diprogramkan di awal tahun namun belum terealisasi karena konsentrasi SDM dan fasilitas RS masih untuk penanggulangan penyebaran Covid-19.
- m. Informasi yang diberikan kepada pelanggan tentang waktu penyiapan obat belum sepenuhnya bisa diterima secara baik yang ditandai dengan masih adanya komplain terkait hal tersebut.

2. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan BMN

- a. Belum adanya pengertian dari unit kerja yang seragam tentang pentingnya identifikasi keterkaitan antara kegiatan dengan RBA dan RSB, sehingga sulit dilakukan tindak lanjut terhadap usulan-usulan kegiatan unit kerja.

- b. Belum adanya kegiatan-kegiatan investasi yang bisa direalisasikan terutama dalam bentuk diversifikasi layanan yang tetap berorientasi dalam hal penanganan ODGJ.
- c. Belum terealisasinya aplikasi keuangan yang mengakomodir informasi piutang harian.
- d. Belum terealisasinya rekomendasi pengembangan asset hasil dari *advisory* LMAN.
- e. Perencanaan pengadaan barang dan jasa sering terlambat sehingga timeline pelaksanaannya menjadi lebih pendek.
- f. Belum tersedianya aplikasi keuangan yang mengakomodir money pelaksanaan anggaran.
- g. Belum tersusunnya prioritas system pengembangan IT di unit kerja.

3. Direktorat SDM, Pendidikan, dan Umum

- a. Pengambilan data survey kepuasan pelanggan yang dilaksanakan pada saat sebelum mendapatkan pelayanan dirasa kurang tepat dalam mendapatkan data kepuasan.
- b. Belum adanya integrasi data sistem informasi pemberian jasa pelayanan dan fasilitas peralatan perlengkapan kepada pegawai.
- c. Jumlah mahasiswa menurun tajam hingga tidak ada karena situasi kondisi pandemic Covid-19.
- d. Kegiatan-kegiatan internalisasi budaya kerja tertunda pelaksanaannya karena situasi pandemic Covid-19 yang tidak memperbolehkan pengumpulan masa.
- e. Ruang tunggu instalasi Farmasi tidak cukup luas dan kurang nyaman ditambah adanya protokol physical distancing sehingga tidak bisa menampung seluruh pelanggan.
- f. Pegawai belum terbiasa atau membudaya untuk melakukan update dokumen administrasi kepegawaian secara mandiri di aplikasi yang tersedia.
- g. Rencana koordinasi MoU dengan Institusi masyarakat dan pendidikan untuk melakukan penelitian di RSJ belum terlaksana karena situasi kondisi Covid-19
- h. Belum tumbuhnya minat pegawai untuk melakukan penelitian dan belum diketahuinya secara utuh adanya fasilitas dana penelitian di RS.

C. Kondisi Badan Layanan Umum Tahun 2019

1. Kelembagaan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah Unit

Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa.

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

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
- c. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
- d. Pengelolaan pelayanan non medis;
- e. Pengelolaan pelayanan keperawatan;
- f. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
- g. Pengelolaan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;
- h. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- i. Pengelolaan sumber daya manusia;
- j. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
- k. Pelaksanaan kerja sama;
- l. Pengelolaan sistem informasi;
- m. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- n. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

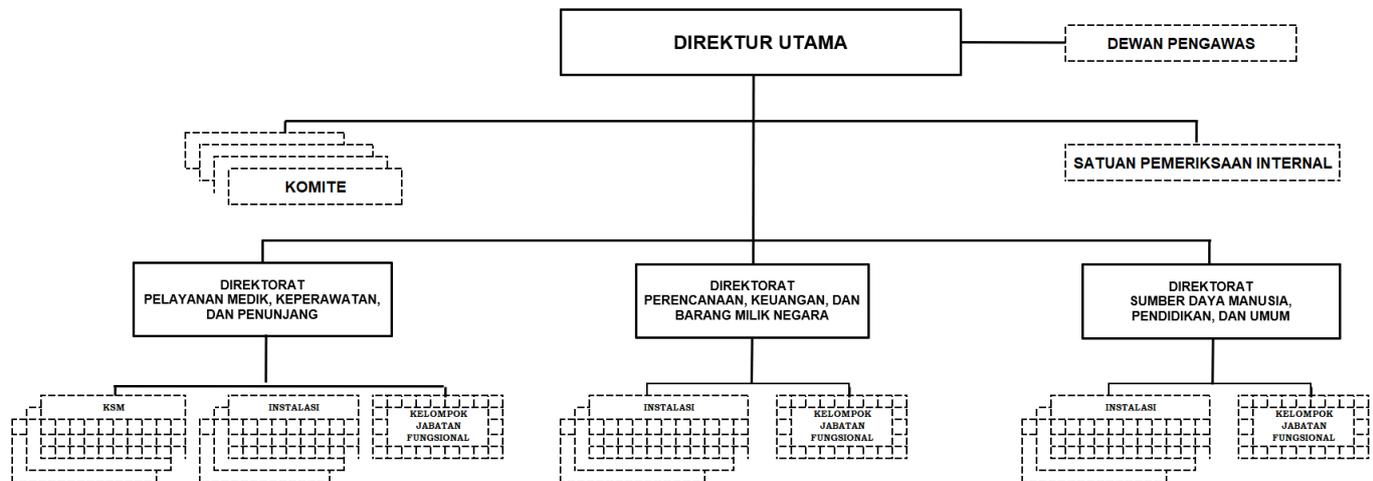
Struktur Organisasi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dipimpin oleh satu orang Direktur Utama, dan susunan organisasi terdiri dari 3 (tiga) Direktorat, yaitu: Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang; Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara; serta Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum. Adapun susunannya adalah sebagai berikut:

Direktur Utama	: dr. Yuniar, Sp.KJ
Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang	: dr. Resty Lestantini, M.Kes
Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara	: Nurul Sri Hidayati Rini, SE, Ak, MMRS
Plt. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum	: dr. Resty Lestantini, M.Kes

Dalam pelaksanaan tugas operasional, Direktur Utama dan para Direktur diawasi oleh Dewan Pengawas serta dibantu oleh, Satuan Pemeriksaan Intern (SPI), Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite PPI, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, Komite Tenaga Kesehatan Lainnya dan seluruh jajaran fungsional terkait.

LAMPIRAN
PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 72 TAHUN 2020
TENTANG
ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH SAKIT JIWA Dr.
RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG



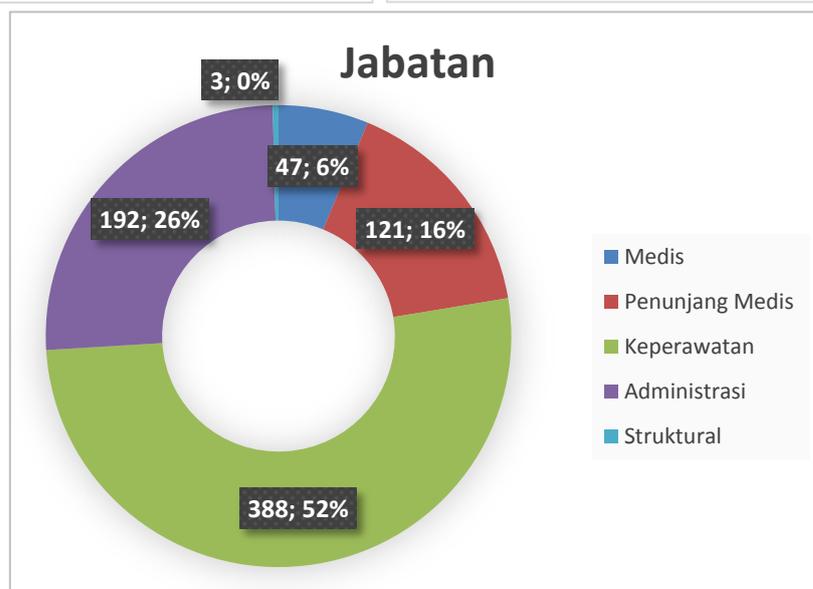
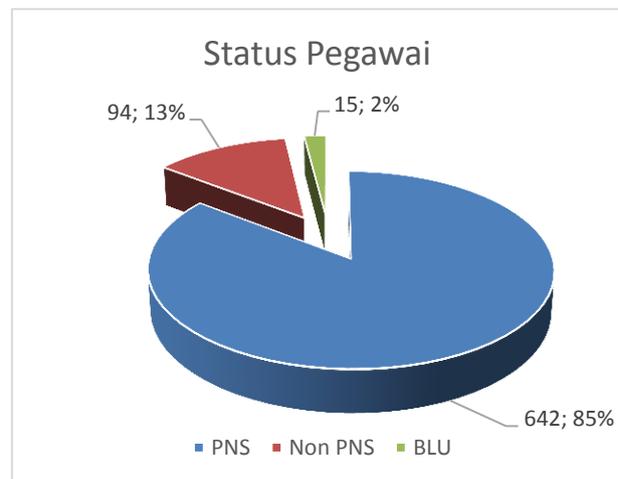
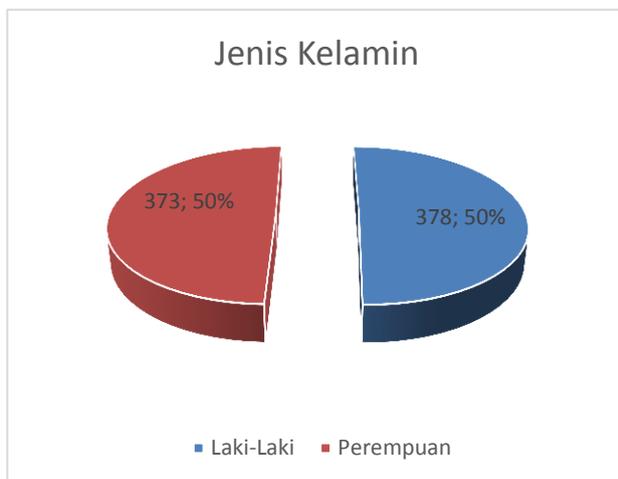
2. Sumber Daya Manusia

Keadaan Sumber Daya Manusia digambarkan berdasarkan Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 56 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah mengalami perubahan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Telah dilaksanakan pelantikan pejabat struktural menjadi pejabat fungsional pada tanggal 28 Desember 2020 sejumlah 19 orang. Keadaan ketenagaan pada akhir tahun 2020 dapat digambarkan sebagai berikut :

Keadaan Ketenagaan per Desember 2020

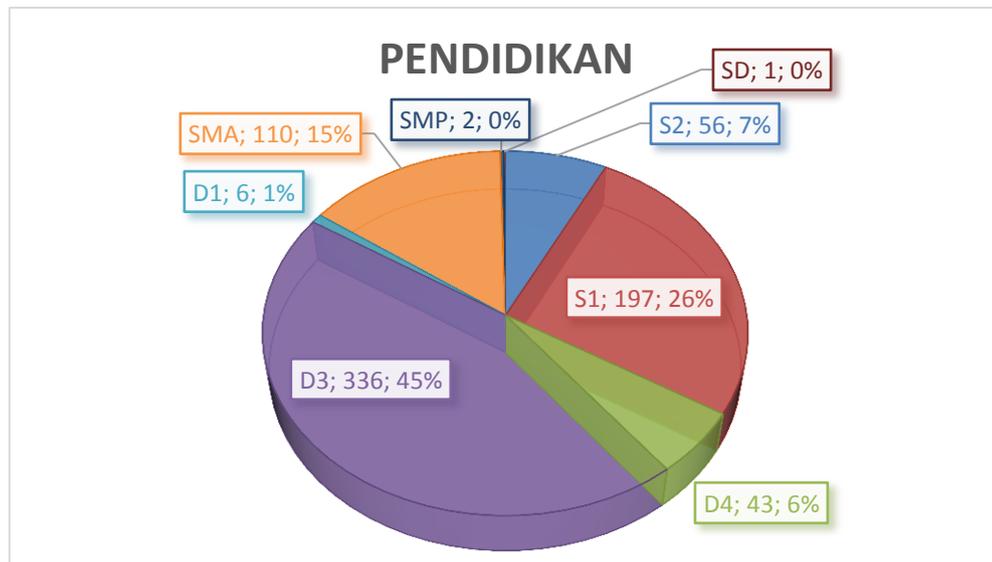
a. Jumlah Pegawai Menurut Jenis Ketenagaan

No	Jenis Ketenagaan	PNS		BLU		NON PNS		TOTAL
		L	P	L	P	L	P	
1	Struktural	0	3	0	0	0	0	3
2	Medis	13	29	1	1	1	2	47
3	Perawat	164	178	6	4	25	11	388
4	Penunjang Medis	38	72	1	2	5	3	121
5	Administrasi	92	53	0	0	32	15	192
		307	335	8	7	63	31	751



b. Jumlah Pegawai menurut Pendidikan

No	Jenjang Pendidikan	PNS	BLU	NON PNS	TOTAL
1	S2	55	1	0	56
2	S1	181	1	15	197
3	D4	43	0	0	43
4	D3	275	13	48	336
5	D1	2	0	4	6
6	SMA	83	0	27	110
7	SMP	2	0	0	2
8	SD	1	0	0	1
		642	15	34	751



3. Sarana Prasarana

Laporan Barang Kuasa Pengguna Tahunan Intrakomptabel Rincian Per Kelompok Barang
Tahun Anggaran 2020

AKUN NERACA/KELOMPOK BARANG		SA T	SALDO PER 1 JANUARI 2020		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2020	
KOD E	URAIAN		KUANTITAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITAS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1311 11	TANAH		2.993.440	526.493.393.000	-	-	-	-	2.993.440	526.493.393.000
2.01. 01	TANAH PERSIL	M2	425.650	389.801.703.000	-	-	-	-	425.650	389.801.703.000
2.01. 02	TANAH NON PERSIL		2.567.790	136.691.690.000	-	-	-	-	2.567.790	136.691.690.000

1321 11	PERALATAN DAN MESIN		14.646	102.455.509.079	361	8.994.890.297	-	-	15.007	111.450.399.376
3.01. 03	ALAT BANTU		54	3.797.118.506	1	2.538.000	-	-	55	3.799.656.506
3.02. 01	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	Uni t	42	5.676.021.875	6	1.678.540.000	-	-	48	7.354.561.875
3.02. 02	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	Uni t	66	270.867.055	1	6.051.760	-	-	67	276.918.815
3.03. 01	ALAT BENGKEL BERMESIN	Bu ah	75	169.530.125	-	-	-	-	75	169.530.125
3.03. 02	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	Bu ah	53	110.263.845	-	-	-	-	53	110.263.845
3.03. 03	ALAT UKUR	Bu ah	73	148.352.430	-	-	-	-	73	148.352.430
3.04. 01	ALAT PENGOLAHAN	Bu ah	10	536.773.000	1	28.885.010	-	-	11	565.658.010
3.05. 01	ALAT KANTOR		2.151	7.210.163.642	69	483.777.258	-	-	2.220	7.693.940.900
3.05. 02	ALAT RUMAH TANGGA		8.227	24.183.950.418	83	454.490.047	-	-	8.310	24.638.440.465
3.06. 01	ALAT STUDIO	Bu ah	455	2.273.503.532	7	25.505.200	-	-	462	2.299.008.732
3.06. 02	ALAT KOMUNIKASI	Bu ah	71	648.102.950	-	-	-	-	71	648.102.950
3.06. 03	PERALATAN PEMANCAR	Bu ah	11	1.502.299.550	-	-	-	-	11	1.502.299.550
3.07. 01	ALAT KEDOKTERAN		1.415	38.252.412.513	34	5.162.133.995	-	-	1.449	43.414.546.508
3.07. 02	ALAT KESEHATAN UMUM		166	2.411.903.136	18	332.257.007	-	-	184	2.744.160.143
3.08. 01	UNIT ALAT LABORATORIU M	Bu ah	360	4.921.469.254	30	107.847.580	-	-	390	5.029.316.834
3.08. 02	UNIT ALAT LABORATORIU M KIMIA NUKLIR	Bu ah	30	127.899.500	-	-	-	-	30	127.899.500
3.08. 03	ALAT LABORATORIU M FISIKA NUKLIR/ELEKT RONIKA	Bu ah	23	32.100.000	-	-	-	-	23	32.100.000
3.08. 04	ALAT PROTEKSI RADIASI/PROT EKSI LINGKUNGAN	Bu ah	1	20.319.200	-	-	-	-	1	20.319.200
3.08. 05	RADIATION APPLICATION & NON DESTRUCTIVE TESTING LABORATORY	Bu ah	3	13.420.000	-	-	-	-	3	13.420.000
3.08. 06	ALAT LABORATORIU M LINGKUNGAN HIDUP		8	1.286.054.000	-	-	-	-	8	1.286.054.000
3.08. 07	PERALATAN LABORATORIU M HYDRODINAMI CA	Bu ah	2	15.109.760	-	-	-	-	2	15.109.760
3.08. 08	ALAT LABORATORIU M STANDARISASI KALIBRASI & INSTRUMENTA SI	Bu ah	18	1.828.709.736	1	39.655.000	-	-	19	1.868.364.736

3.10.01	KOMPUTER UNIT	Buah	513	4.334.515.067	29	307.301.600	-	-	542	4.641.816.667
3.10.02	PERALATAN KOMPUTER		533	1.766.496.427	45	261.059.800	-	-	578	2.027.556.227
3.11.02	ALAT EKSPLOKASI GEOFISIKA	Buah	32	35.050.000	-	-	-	-	32	35.050.000
3.15.02	ALAT PELINDUNG		13	22.450.000	-	-	-	-	13	22.450.000
3.15.03	ALAT SAR	Buah	6	21.377.900	-	-	-	-	6	21.377.900
3.15.04	ALAT KERJA PENERBANGAN	Buah	19	142.185.000	-	-	-	-	19	142.185.000
3.16.01	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN		18	135.212.000	-	-	-	-	18	135.212.000
3.17.01	UNIT PERALATAN PROSES/PRODUKSI	Buah	40	57.200.000	15	18.810.000	-	-	55	76.010.000
3.19.01	PERALATAN OLAHRAGA	Buah	158	504.678.658	21	86.038.040	-	-	179	590.716.698
133111	GEDUNG DAN BANGUNAN		228	140.534.239.682	1	2.484.209.879	1	22.277.420.562	228	120.741.028.999
4.01.01	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT KERJA	Unit	170	111.769.200.041	1	2.484.209.879	1	22.277.420.562	170	91.975.989.358
4.01.02	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT TINGGAL		47	15.498.420.748	-	-	-	-	47	15.498.420.748
4.04.01	TUGU/TANDA BATAS	Unit	11	13.266.618.893	-	-	-	-	11	13.266.618.893
134111	JALAN DAN JEMBATAN		1.941	5.478.091.008	-	-	-	-	1.941	5.478.091.008
5.01.01	JALAN	M2	1.491	4.624.964.008	-	-	-	-	1.491	4.624.964.008
5.01.02	JEMBATAN	M2	450	853.127.000	-	-	-	-	450	853.127.000
134112	IRIGASI		9	4.054.689.326	-	-	-	-	9	4.054.689.326
5.02.02	BANGUNAN PENGAIRAN PASANG SURUT	Unit	2	1.592.981.650	-	-	-	-	2	1.592.981.650
5.02.05	BANGUNAN PENGEMBANGAN SUMBER AIR DAN AIR TANAH		2	1.135.662.676	-	-	-	-	2	1.135.662.676
5.02.06	BANGUNAN AIR BERSIH/AIR BAKU	Unit	5	1.326.045.000	-	-	-	-	5	1.326.045.000
134113	JARINGAN		5	3.023.320.966	-	-	-	-	5	3.023.320.966
5.03.01	INSTALASI AIR BERSIH / AIR BAKU		1	756.483.000	-	-	-	-	1	756.483.000
5.03.05	INSTALASI PEMBANGKIT LISTRIK	Unit	1	22.828.668	-	-	-	-	1	22.828.668
5.03.10	INSTALASI LAIN	Unit	1	949.750.000	-	-	-	-	1	949.750.000
5.04.02	JARINGAN LISTRIK		2	1.294.259.298	-	-	-	-	2	1.294.259.298
135121	ASET TETAP LAINNYA		950	572.297.000	-	94.925.955	-	-	950	667.222.955
6.01.01	BAHAN PERPUSTAKAAN TERCETAK	Buah	902	251.313.000	-	-	-	-	902	251.313.000
6.02.01	BARANG BERCORAK KESENIAN		47	30.349.000	-	-	-	-	47	30.349.000

6.02.02	ALAT BERCORAK KEBUDAYAAN	Buah	1	290.635.000	-	94.925.955	-	-	1	385.560.955
166112	ASET TETAP YANG TIDAK DIGUNAKAN		77	10.202.000	-	-	-	-	77	10.202.000
3.01.03	ALAT BANTU	Unit	1	74.000	-	-	-	-	1	74.000
3.02.02	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	Unit	1	72.000	-	-	-	-	1	72.000
3.03.01	ALAT BENGKEL BERMESIN	Buah	1	15.000	-	-	-	-	1	15.000
3.03.02	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	Buah	1	68.000	-	-	-	-	1	68.000
3.05.01	ALAT KANTOR	Buah	5	1.376.000	-	-	-	-	5	1.376.000
3.05.02	ALAT RUMAH TANGGA	Buah	60	4.462.000	-	-	-	-	60	4.462.000
3.07.01	ALAT KEDOKTERAN	Buah	5	48.000	-	-	-	-	5	48.000
3.08.01	UNIT ALAT LABORATORIUM	Buah	1	3.919.000	-	-	-	-	1	3.919.000
3.19.01	PERALATAN OLAH RAGA	Buah	1	18.000	-	-	-	-	1	18.000
6.02.01	BARANG BERCORAK KESENIAN	Buah	1	150.000	-	-	-	-	1	150.000
TOTAL				782.621.742.061		11.574.026.131		22.277.420.562		771.918.347.630

Laporan Posisi Barang Milik Negara Di Neraca Tahun 2020
(Menurut SIMAK BMN - Per tanggal 31 Desember 2020)

AKUN NERACA		JUMLAH
KODE	URAIAN	
1	2	3
117111	Barang Konsumsi	1.147.402.126
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	47.343.804
117131	Bahan Baku	4.877.400
117191	Persediaan untuk tujuan strategis/berjaga - jaga	-
117199	Persediaan Lainnya	12.293.032.068
131111	Tanah	526.493.393.000
132111	Peralatan dan Mesin	111.450.399.376
133111	Gedung dan Bangunan	120.741.028.999
134111	Jalan dan Jembatan	5.478.091.008
134112	Irigasi	4.054.689.326
134113	Jaringan	3.023.320.966
135121	Aset Tetap Lainnya	667.222.955
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	5.514.464.297
137111	Akumulasi Penyusutan Peralatan dan Mesin	- 88.394.600.285
137211	Akumulasi Penyusutan Gedung dan Bangunan	- 13.026.908.232
137311	Akumulasi Penyusutan Jalan dan Jembatan	- 2.595.788.829
137312	Akumulasi Penyusutan Irigasi	- 631.317.349
137313	Akumulasi Penyusutan Jaringan	- 1.467.427.649
137411	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap Lainnya	- 20.899.000
162151	Software	520.884.500
162311	Aset Tak Berwujud Dalam Pengerjaan	-
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	10.202.000
169122	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi	- 10.202.000
169315	Akumulasi Amortisasi software	- 398.256.813
J U M L A H		684.900.951.668

AKUN NERACA		JUMLAH		
KODE	URAIAN	NILAI BMN	AKM. PENYUSUTAN	NILAI NETTO
1	2	3	4	5
117111	Barang Konsumsi	1.147.402.126	-	1.147.402.126
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	47.343.804	-	47.343.804
117131	Bahan Baku	4.877.400	-	4.877.400
117191	Persediaan untuk tujuan strategis/berjaga - jaga	-	-	-
117199	Persediaan Lainnya	12.293.032.068	-	12.293.032.068
131111	Tanah	526.493.393.000	-	526.493.393.000
132111	Peralatan dan Mesin	111.450.399.376	88.394.600.285	23.055.799.091
133111	Gedung dan Bangunan	120.741.028.999	13.026.908.232	107.714.120.767
134111	Jalan dan Jembatan	5.478.091.008	2.595.788.829	2.882.302.179
134112	Irigasi	4.054.689.326	631.317.349	3.423.371.977
134113	Jaringan	3.023.320.966	1.467.427.649	1.555.893.317
135121	Aset Tetap Lainnya	667.222.955	20.899.000	646.323.955
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	5.514.464.297	-	5.514.464.297
162151	Software	520.884.500	398.256.813	122.627.687
162311	Aset Tak Berwujud Dalam Pengerjaan	-	-	-
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintah	10.202.000	10.202.000	-
J U M L A H		791.446.351.825	106.545.400.157	684.900.951.668

4. Dana

Pada bagian ini membahas sumber dana baik yang berasal dari rupiah murni, Alokasi Anggaran APBN (RM dan BLU) sesuai dengan DIPA untuk kegiatan Tahun 2020 adalah sebagai berikut :

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - IX	REALISASI	%
1	2	3	4	5
RM				
024.04.07	Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan			
2094	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan			
2094.506	Gedung Layanan	6.019.000.000	5.346.534.297	88,83%
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	6.019.000.000	5.346.534.297	88,83%
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	6.019.000.000	5.346.534.297	88,83%
2094.508	Alat Kesehatan	4.415.576.000	4.359.912.700	98,74%
051	Pengadaan Alat Kesehatan	4.415.576.000	4.359.912.700	98,74%
532119-508	Belanja Modal Peralatan dan Mesin- Penanganan Pandemi Covid 19	4.415.576.000	4.359.912.700	98,74%
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	7.524.585.000	6.889.318.823	0,00%
52	Operasional dan Pemeliharaan RS	7.524.585.000	6.889.318.823	0,00%
521811-509	Belanja Barang Untuk Persediaan Barang Konsumsi	2.683.965.000	2.506.863.083	93,40%
521131	Belanja Barang Operasional-Penanganan Pandemi COVID 19	570.447.000	570.446.756	100,00%
521841	Belanja Barang Persediaan -Penanganan Pandemi COVID-19	1.464.999.000	1.458.384.304	99,55%
523114	Belanja Pemeliharaan Gedung dan Bangunan-Penanganan COVID 19	89.540.000	89.538.894	100,00%
532119	Belanja Modal Peralatan dan Mesin- Penanganan Pandemi COVID 19	259.170.000	259.170.000	100,00%
523111-509	Belanja Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	827.916.000	810.545.338	97,90%
523121	Belanja Biaya Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	439.005.000	436.238.126	99,37%
523123	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	923.208.000	582.801.270	63,13%
523191	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Lainnya	266.335.000	175.331.052	65,83%
2094.994	Layanan Perkantoran	57.864.396.000	55.103.191.940	95,23%
001	Gaji dan Tunjangan	48.125.388.000	46.675.749.982	96,99%
A	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	48.125.388.000	46.675.749.982	96,99%
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	32.489.159.000	32.117.217.000	98,86%
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	544.000	446.507	82,08%

	511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.312.018.000	2.252.736.630	97,44%
	511122	Belanja Tunj. Anak PNS	625.000.000	617.822.878	98,85%
	511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	260.000.000	248.250.000	95,48%
	511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.600.000.000	3.548.014.000	98,56%
	511125	Belanja Tunj. PPh PNS	205.817.000	117.703.637	57,19%
	511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.572.495.000	1.492.503.780	94,91%
	511129	Belanja Uang Makan PNS	6.270.283.000	5.674.505.550	90,50%
	511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	69.000.000	69.000.000	100,00%
	511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	425.032.000	330.335.000	77,72%
	512211	Belanja uang lembur	296.040.000	207.215.000	70,00%
002		Operasional dan Pemeliharaan Kantor	9.739.008.000	8.427.441.958	86,53%
	521111	Belanja Keperluan Perkantoran	5.640.418.000	5.368.904.114	95,19%
	521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	-	-	-
	521114	Belanja pengiriman surat dinas pos pusat	20.000.000	8.302.500	41,51%
	521115	Honor Operasional Satuan Kerja	442.070.000	203.492.000	46,03%
	521832	Belanja Barang Persediaan Lainnya	-	-	-
	521219	Belanja Barang Non Operasional Lainnya	-	-	-
	521811-994	Belanja Barang Untuk Persediaan Barang Konsumsi	907.675.000	374.703.385	41,28%
	522111	Belanja Langganan Listrik	1.200.000.000	1.150.741.322	95,90%
	522112	Belanja Langganan Telepon	39.040.000	32.883.640	84,23%
	522113	Belanja Langganan Air	43.000.000	42.751.750	99,42%
	522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	280.697.000	258.184.861	91,98%
	523111-994	Belanja Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	652.048.000	569.754.438	87,38%
	523121-994	Belanja Biaya Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	514.060.000	417.723.948	81,26%
					-
2094.512		Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	12.000.000.000	11.809.666.288	98,41%
005		Pengadaan Obat-Obatan dan Bahan Medik Habis Pakai	12.000.000.000	11.809.666.288	98,41%
	521832	Belanja Barang Persediaan Lainnya	5.000.000.000	4.812.675.140	96,25%
	521832-Frm	Belanja Barang Persediaan Lainnya	5.000.000.000	4.812.675.140	96,25%
	521841-Frm	Belanja Barang Persediaan-Penanganan Pandemi Covid 19	7.000.000.000	6.996.991.148	99,96%
		Jumlah	87.823.557.000	83.508.624.048	95,09%

	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - IX	REALISASI	%
1	2	3	3	3
BLU				
2094.508	Alat Kesehatan	1.463.361.000	1.409.665.899	96,33%
051	Pengadaan Alat Kesehatan	1.463.361.000	1.409.665.899	96,33%
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.429.261.000	1.375.675.899	96,25%
537112-508	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.429.261.000	1.375.675.899	96,25%
537122	Belanja Modal Peralatan dan Mesin BLU - Penanganan Pandemi COVID-19	34.100.000	33.990.000	99,68%
2094.970	Layanan Dukungan Manajemen Satker	431.794.000	315.336.570	73,03%
051	Penyusunan Rencana Program dan Penyusunan Rencana Anggaran	30.985.000	25.276.128	81,58%
525115	Beban Perjalanan	30.985.000	25.276.128	81,58%
525115-051	Beban Perjalanan	30.985.000	25.276.128	81,58%
053	Pengelolaan Keuangan dan Perbendaharaan	50.510.000	43.985.627	87,08%
525115	Beban Perjalanan	50.510.000	43.985.627	87,08%
525115-053	Beban Perjalanan	50.510.000	43.985.627	87,08%
054	Pengelolaan Kepegawaian	114.160.000	92.060.277	80,64%
525115	Beban Perjalanan	114.160.000	92.060.277	80,64%
525115-054	Beban Perjalanan	114.160.000	92.060.277	80,64%
055	Pelayanan Umum, Pelayanan Rumah Tangga dan Perlengkapan	236.139.000	154.014.538	65,22%
525115	Beban Perjalanan	236.139.000	154.014.538	65,22%
525115-055	Beban Perjalanan	236.139.000	154.014.538	65,22%
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	64.697.057.000	47.893.388.285	74,03%
051	Pembayaran Remunerasi	36.886.122.000	28.140.704.153	76,29%
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	36.886.122.000	28.140.704.153	76,29%
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	27.810.935.000	19.752.684.132	71,02%
525113	Beban Jasa	6.788.750.000	6.118.014.899	90,12%
525114	Beban Pemeliharaan	2.027.980.000	1.654.720.800	81,59%
525119	Beban Penyedia Barang dan Jasa BLU Lainnya	2.285.487.000	2.217.346.038	97,02%
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	6.607.009.000	4.250.637.150	64,34%
525129	Belanja Barang Persediaan Lainnya - BLU	6.910.555.000	4.379.266.099	63,37%
525152	Belanja Barang BLU - Penanganan Pandemi COVID-19	100.000.000	73.694.400	73,69%

525153	Belanja Barang Persediaan BLU - Penanganan Pandemi COVID-19	2.482.904.000	616.654.746	24,84%
525154	Belanja Jasa BLU - Penanganan Pandemi COVID-19	608.250.000	442.350.000	72,73%
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	309.544.000	163.775.955	52,91%
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	309.544.000	163.775.955	52,91%
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	-	-	-
537115	Belanja Modal Fisik Lainnya	309.544.000	163.775.955	52,91%
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	1.692.650.000	1.228.551.698	72,58%
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	1.692.650.000	1.228.551.698	72,58%
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.692.650.000	1.228.551.698	72,58%
537112-509	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.692.650.000	1.228.551.698	72,58%
2094.506.001	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	3.141.989.000	2.343.957.773	74,60%
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	3.141.989.000	2.343.957.773	74,60%
537113-506	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	3.044.530.000	2.255.861.013	74,10%
537123	Belanja Modal Gedung dan Bangunan BLU - Penanganan Pandemi COVID-19	97.459.000	88.096.760	90,39%
2094.951.001	Belanja Modal Peralatan dan Mesin -BLU	2.136.400.000	1.678.540.000	78,57%
051	Pengadaan Kendaraan Bermotor	2.136.400.000	1.678.540.000	78,57%
537112-951	Belanja Modal Peralatan dan Mesin -BLU	2.136.400.000	1.678.540.000	78,57%
		73.872.795.000	55.033.216.180	74,50%
		161.696.352.000	138.541.840.228	85,68%

D. 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 2020 berupa tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam renstra dan sejauh mana pencapaiannya selama tahun 2020 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 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2020.

c. 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 2020, meliputi gambaran singkat sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan sasaran pada tahun 2020, penguraian indikator dan target untuk mengukur kinerja selama tahun 2020. Bab ini terbagi menjadi 2 (dua) Sub Bab, yaitu:

- A. Perencanaan Kinerja tahun 2020.
- B. Perjanjian Kinerja tahun 2020.

4. BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini disajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja dengan membandingkan:

1. Target dan realisasi kinerja tahun 2020
2. Realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2020 dengan tahun 2019
3. Realisasi kinerja tahun 2020 dengan target jangka menengah sesuai RSB 2020-2024
4. Realisasi kinerja tahun 2020 dengan standart nasional
5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan
6. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian

B. Realisasi Anggaran

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen perjanjian kinerja Tahun 2020. 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 2020 dan rencana tindak lanjut serta rekomendasi untuk meningkatkan kinerja tahun berikutnya

6. LAMPIRAN – LAMPIRAN

Berisi Perjanjian Kinerja Tahun 2020, SK Tim LAK RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN KINERJA

Target kinerja Tahun 2020 didasarkan atas perhitungan Analisis Diagram Kartesius prioritas dimana posisi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berada pada Kuadran I, yang mengindikasikan bahwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mempunyai posisi bertumbuh dominan peluang. Tahun 2020 adalah tahun pertama didalam Rencana Strategis Bisnis/RSB 2020 – 2024 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Dengan demikian posisi ini mengindikasikan bahwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang direkomendasikan agar lebih mengoptimalkan kekuatan internal melalui konsolidasi untuk meraih peluang yang ada sesuai dengan Visi, Misi dan tujuan yang telah ditetapkan, yaitu:

VISI : Tercapainya peningkatan kualitas hidup melalui layanan kesehatan jiwa komprehensif

MISI :

1. Meningkatkan upaya promotif, preventif, dan intervensi dini melalui pendekatan sub spesialisik untuk meningkatkan kapasitas mental pada seluruh rentang usia.
2. Meningkatkan kesejahteraan jiwa dan kualitas hidup warga usia lanjut melalui pelayanan medik komprehensif.
3. Mengembangkan pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan jiwa yang unggul, terintegrasi dan berdaya saing.
4. Memantapkan tata kelola organisasi yang efektif, efisien, bersih dan inovatif.
5. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan jiwa melalui kemitraan lintas sektor.

Dalam mewujudkan pencapaian Visi dan Misi yang tertuang dalam Rencana Strategis Bisnis/RSB 2020-2024, maka disusunlah Indikator Kinerja Utama (IKU) dalam program strategis dan program kerja tahun 2020-2024 sebagai berikut :

Indikator Kinerja Utama (IKU)

Sasaran Program/Kegiatan		Indikator Kinerja	
Perspektif Konsumen			
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat
		2	Kecepatan respon terhadap komplain
Perspektif Proses Bisnis			
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi	3	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup
		4	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri

	kualitas hidup	5	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional
		7	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa
		8	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa
4	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan
		10	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatrici
5	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>
		12	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa
Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi			
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja
		14	Tercapainya indikator mutu unit kerja
		15	Terakreditasi Internasional
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar
Perspektif Keuangan			
10	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	21	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%
11	Terwujudnya efisiensi anggaran	22	Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%

B. PERJANJIAN KINERJA

Untuk mewujudkan manajemen pemerintah yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil maka telah ditetapkan target Perjanjian Kinerja Tahun 2020 yang ditandatangani Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat bersama Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dengan target sebagai berikut :

Sasaran Program/Kegiatan		Indikator Kinerja		Target
Perspektif Konsumen				
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	85%
		2	Kecepatan respon terhadap komplain	100%
Perspektif Proses Bisnis				
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	3	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	10%
		4	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	10%
		5	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	10%
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	2
		7	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	1
		8	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	10%
4	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	40%
		10	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	30%
5	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	2
		12	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	10%
Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi				
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	70%
		14	Tercapainya indikator mutu unit kerja	90%
		15	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	1 Paket
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	10%

9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	80%
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	70%
Perspektif Keuangan				
10	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	21	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%	10%
11	Terwujudnya efisiensi anggaran	22	Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%	\geq 45%

C. Penetapan Indikator Kinerja

1. Kontrak Kinerja Tahun 2020

Kontrak IKT Direktur Utama Tahun 2020 sebagai berikut :

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar				Target 2020			
		Tw I	Tw II	Tw III	Tw IV	Tw I	Tw II	Tw III	Tw IV
1.	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME)	25	50	75	100	100%	100%	100%	100%
2.	Ketepatan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%	80%	80%	80%	80%	90%	95%	100%
3.	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut	100	100	100	100	100	100	100	100
4.	Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	45%	45%	45%	46%	47%	48%
5.	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2. Indikator Mutu Rumah Sakit (IKI, Tingkes, dan Indikator Mutu Unit Kerja)

Kontrak IKI Direktur Utama Tahun 2020 sesuai dengan Peraturan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/I/1828/2019 tentang pedoman teknis penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan sebagai berikut :

No	Kategori	Judul Indikator	Standart	Bobot
PELAYANAN MEDIS				
1	Kepatuhan terhadap Standar	Kepatuhan terhadap clinical pathway	5 CP	0,05
2		Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05
3		Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0,05
4		Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤ 1,5 %	0,05
5		Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07
6	Pengendalian Infeksi	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤ 5%	0,05
7		Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04
8	Capaian Indikator Medik	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥ 95%	0,07
9		Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07
10	Akreditasi	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08
11	Kepuasan Pelanggan (Pasien & Masyarakat)	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08
12	Ketepatan Waktu Pelayanan	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02
13		Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 mnt	0,05
14		Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam/ 180 menit	0,05
15		Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05
16		Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 mnt	0,05
17		Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	80%	0,02
PELAYANAN KEUANGAN				
18	Keuangan	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1

Target Tingkat Kesehatan Rumah Sakit tahun 2020 sesuai dengan Peraturan Direktur Jendral Perbendaharaan nomor PER-24/PB/2018 tentang Tata Caa Perhitungan Kinerja BLU Bidang Layanan Kesehatan Pada Rumah Sakit yaitu sebagai berikut:

Aspek Keuangan

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Tahun 2020	
			Haper	Nilai Riil
1	Rasio Keuangan	19		
	a. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2,25	$240 < RK \leq 300$	2,25
	b. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,75	$RL > 600$	2,75
	c. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Periode</i>)	2,25	$PPP < 30$	2,25
	d. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2,25	$PAT > 20$	2,25
	e. Imbalan atas aset Tetap (<i>Return of Fixed Asset</i>)	2,25	$ROFA > 6$	2,25
	f. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Enquity</i>)	2,25	$ROE > 8$	2,25
	g. Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turn over</i>)	2,25	$30 < PP \leq 35$	2,25
	h. Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	2,75	$PB > 65$	2,75
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	11		
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif)			
	- Ditandatangani menteri/Pimpinan sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya	0,4	Sebelum 31 Desember tahun sebelumnya	0,4
	- Ditandatangani oleh Pemimpin BLU	0,4	ditandatangani Dirut	0,4
	- Diketahui oleh dewan pengawas atau pejabat yang ditunjuk oleh meteri/pimpinan lembaga jika BLU tidak memiliki dewan pengawas	0,4	Diketahui Dewas	0,4
	- Disetujui dan ditandatangani oleh menteri/pimpinan lembaga.	0,4	Disetujui menteri/pimpinan lembaga	0,4
	- Kesesuaian format dengan PMK No. 92/PMK.05/2011	0,4	Sesuai Format	0,4
	b. Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan			
	- Laporan Keuangan Semester I	0,66	Disampaikan sampai dengan tanggal 15 Juli	0,66
	- Laporan Keuangan Tahunan	0,67	Disampaikan sampai dengan 22 Januari	0,67
	- Laporan Keuangan Tahunan <i>Audited</i>	0,67	Disampaikan sampai dengan batas akhir penyampaian LKKL Audited kepada Menteri Keuangan (sesuai dengan tanggal yang akan ditentukan setiap tahunnya).	0,67
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU			
	- SP3B BLU triwulan I	0,2	Disampaikan sampai akhir tw I	0,2

- SP3B BLU triwulan II	0,2	Disampaikan sampai akhir tw II	0,2
- SP3B BLU triwulan III	0,2	Disampaikan sampai akhir tw III	0,2
- SP3B BLU triwulan IV	0,2	Disampaikan sampai akhir tw IV	0,2
d. Tarif Layanan	1	tarif telah ditetapkan menteri Keuangan	1
e. Sistem Akuntansi			
- Sistem akuntansi Keuangan	0,6	Ya	0,6
- Sistem akuntansi Biaya	0,2	Ya	0,2
- Sistem Akuntansi Aset Tetap	0,2	ya	0,2
f. Persetujuan rekening			
- Rekening Pengelolaan Kas (deposito)	0,1	Ya	0,1
- Rekening Operasional dan Pengeluaran (terpisah)	0,3	Ya	0,3
- Rekening Dana Kelolaan	0,1	ya	0,1
g. SOP Pengelolaan Kas	0,5	Ya	0,5
h. SOP Pengelolaan Piutang	0,5	Ya	0,5
i. SOP Pengelolaan Utang	0,5	Ya	0,5
j. SOP pengadaan Barang dan Jasa	0,5	Ya	0,5
k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	sesuai	0,5
Jumlah Skor Aspek Keuangan	30		30

Aspek Pelayanan

No.	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Haper	Nilai Riil
1	Layanan			
	a. Pertumbuhan produktifitas	18		
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	2	≥ 1,10	2
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	2	≥ 1,10	2
	3) Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	2	≥ 1,10	2
	4) Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	2	≥ 1,10	2
	5) Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2	≥ 1,10	2
	6) Pertumbuhan psikoterapi/ECT	2	≥ 1,10	2
	7) Pertumbuhan rehab medik	2	≥ 1,10	2
	8) Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	2	≥ 1,10	2
	9) Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	2	≥ 1,10	2
	b. Efektifitas Pelayanan	14		
	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	>80	2

	2) Pengembalian rekam medik	2	>80	2
	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	$0 \leq APO \leq 1$	2
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	$0 \leq AKR \leq 1$	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	≥ 90	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	$0 \leq PPL \leq 1$	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	$70 \leq BOR < 80$	1,5
	c. Pertumbuhan Pembelajaran	3		
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1	$\geq 0,80$	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	≥ 75	1
	3) Program reward and punishment	1	ada program sebagian dilaksanakan	1
2	Mutu dan manfaat kepada masyarakat			
	a. Mutu Pelayanan	14		
	1) <i>Emergency Response Time Rate</i>	2	<8 menit	2
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	≤ 30 menit	2
	3) <i>Length of stay</i>	2	$30 \leq LOS < 45$ (Hari)	2
	4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	< 8 menit	2
	5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	< 2 hari	2
	6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	≤ 3 jam	2
	7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	≤ 3 jam	2
	b. Mutu Klinik	12		
	1) Angka Pasien Lari Gawat Darurat (AKG)	2	$\leq 2,5\%$	2
	2) Angka kematian/kebutaan ≥ 48 jam (AKL)	2	$\leq 25\%$	2
	3) Post Operative Death Rate (POD) (ECT)	2	< 2%	2
	4) Angka infeksi nosokomial			
	- Luka fiksasi	1	$AIN \leq 1,5\%$	1
	- Dermatonicosis	1	$AIN \leq 1,5\%$	1
	- Scabies dan Peculosis	1	$AIN \leq 1,5\%$	1
	- Angka Pasien Jatuh Karena Postural Hipotensi (JPH)	1	< 2%	1
	5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	< 1%	2
	c. Kepedulian kepada masyarakat	4		
	1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	1	ada program dilaksanakan	1
	2) Penyuluhan Kesehatan	1	ada program dilaksanakan	1
	3) Rasio tempat tidur kelas III	2	>30%	2
	d. Kepuasan Pelanggan	2		
	1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	>70%	1
	2) Kepuasan Pelanggan	1	100	1
	e. Kepedulian terhadap lingkungan	3		

	1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2	≥ 7500	2
	2) Proper lingkungan	1	Kuning semua	1
	Jumlah skor aspek pelayanan			70
	Jumlah Total			100
	Kriteria			BAIK AAA

Penetapan Indikator Mutu sesuai dengan SK Nomor: HK.02.03/XXVII.7/3827/2020 tentang Pedoman Indikator Mutu RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2020 adalah sebagai berikut :

Indikator Mutu Prioritas

No	Indikator	Target	Kategori
1	Tingkat Kepuasan Pasien & Masyarakat	85%	IKU
2	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	100%	IKU
3	Proporsi Peningkatan Pemanfaatan Layanan Promotif Dan Preventif Subspesialistik yang Berorientasi Pada Optimalisasi Kualitas Hidup	10%	IKU
4	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Psikogeriatri.	10%	IKU
5	Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup Pada Warga Lansia Di Wilayah Binaan	10%	IKU
6	Publikasi penelitian Nasional dan Internasional	1	IKU
7	Terwujudnya Jejaring Penelitian dalam Kesehatan Jiwa	2	IKU
8	Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan Dan Pelatihan Dalam Kesehatan Jiwa	10%	IKU
9	Peningkatan Proporsi Jumlah Pasien yang Dirujuk Oleh Jejaring Kemitraan	40%	IKU
10	Tercapainya Peningkatan Kompetensi RS yang Diampu RSJRW dalam Layanan Psikogeriatri	30%	IKU
11	Jumlah Inovasi Oleh Unit Kerja Yang Berorientasi Pada <i>Service Excellent</i>	2	IKU
12	Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa	10%	IKU
13	Persentase Perilaku Pegawai Sesuai Dengan Budaya Kinerja	70%	IKU
14	Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja	90%	IKU
15	Terakreditasi International	Verifikasi Internasional	IKU
16	Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT	1 paket	IKU
17	OEE (<i>Overall Equipment Effectivitness</i>)	85%	IKU
18	Persentase Pemanfaatan Aset Untuk Meningkatkan Mutu Layanan Dan Pendapatan	10%	IKU
19	Persentase Kompetensi Pegawai Sesuai Standar	80%	IKU
20	Persentase Hasil Penilaian Komponen Kualitas Dan Perilaku Kinerja Sesuai Standar	70%	IKU

No	Indikator	Target	Kategori
21	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan > 10%	> 10%	IKU
22	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasional >45%	>45%	IKU, IKT, IKI
23	Rekam Medik Elektronik	100%	IKT
24	Kepatuhan Waktu Visite DPJP	80%	IKT
25	Persentase Penanganan Fase Akut Pasien gangguan Jiwa di ruang Rawat inap	100	IKT
26	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	IKT
27	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	5 CP	IKI
28	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	IKI
29	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	IKI
30	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (<i>Psychiatric Intensive Care Unit</i>)/UPIP	≤ 1,5 %	IKI
31	Penerapan keselamatan <i>Electro Convulsive Teraphy</i> (ECT)	100%	IKI
32	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤ 5%	IKI
33	Cuci Tangan(<i>Hand Hygiene</i>)	100%	IKI
34	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥ 95%	IKI
35	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	IKI
36	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	IKI
37	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	IKI
38	<i>Emergency Psychiatric Response Time</i> (EPRT)	≤ 240 menit	IKI
39	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 mnt	IKI
40	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam/ 180 menit	IKI
41	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	IKI
42	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 mnt	IKI
43	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	80%	IKI

Indikator Mutu Unit Kerja

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang	1	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup. (IKU.3)	10%
	2	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri (IKU.4)	10%
	3	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan (IKU.5)	10%
	4	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan (IKU. 9)	40%
	5	Tercapainya Peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri (IKU.10)	30%
	6	Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> . (IKU.11)	2
	7	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa (IKU.12)	10%
	8	Tercapainya indikator mutu unit kerja (IKU.14)	90%
	9	Terakreditasi International (IKU.15)	Verifikasi internasional
	10	OEE (Overall Equipment Effectiveness) (IKU.17)	85%
	11	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan > 10% (IKU.21)	10%
Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan			
Seksi Pelayanan Medik	12	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	13	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	14	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	15	Ketepatan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP (IKT)	90%
	16	Angka kematian ibu di rumah sakit (Tinkes.2.b.5)	skor = 2
	17	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	18	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	19	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	20	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut (IKT)	100
	21	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%
	22	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Inap Tepat Waktu	100%
	23	Monitoring Kegiatan MPP Sesuai Pedoman	100%
	24	Prosentase Kejadian pasien jatuh ≤ 3% (IKI.3)	≤ 3%
	25	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP (IKI.4)	≤ 1,5 %
	26	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis) (IKI.6)	≤ 5%
	27	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP (IKI.8)	≥ 95%
	28	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri (IKI.9)	≥90%
	29	Ketepatan Identifikasi Pasien (IKI.10)	100%
	30	<i>Emergency Psychiatric Response Time</i> (EPRT) < 240 menit (IKI.12)	≤ 240 menit

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	31	Waktu Tunggu di Rawat Jalan (IKI.13) (Tinkes.2.a.2)	≤ 60 menit
	32	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan (Tinkes 1.a.1)	skor = 2
	33	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat (Tinkes 1.a.2)	skor = 2
	34	Pertumbuhan hari perawatan rawat inap (Tinkes 1.a.3)	skor = 2
	35	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR) (Tinkes.1.b.7)	70-80%
	36	Respon Time Layanan Gawat Darurat / <i>Emergency Respon Time Rate</i> (Tinkes.2.a.1)	skor = 2
	37	Length of Stay (LOS) (Tinkes.2.a.3)	< 28 hari
	38	Angka Pasien Lari Gawat Darurat (Tinkes.2.b.1)	skor = 2
	39	Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 jam (Tinkes.2.b.2)	skor = 2
	40	Rasio Tempat Tidur Kelas III (Tinkes.2.c.3)	skor = 2
Instalasi Rawat Jalan			
PKJ	41	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	42	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	43	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	44	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	45	Waktu Tunggu di Rawat Jalan (IKI.13)	≤ 60 mnt

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	46	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	47	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
PKU	48	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	49	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	50	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	51	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	52	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt
	53	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	54	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
Sub Spesialis	55	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	56	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	57	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	58	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	59	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt
	60	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	61	Penerapan Edukasi Pasien Autis Dengan Program Terapi	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	62	Pelaksanaan Assesmen Awal Gangguan Pertumbuhan Perkembangan Masa Kanak	100%
	63	Manajemen Risiko Mal Nutrisi Pada Anak	100%
	64	Peningkatan Proporsi Anak Dan Remaja Yang Mengalami Perbaikan Klinis Yang Terukur Selama 1 Bulan	100%
	65	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
Gigi	66	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	67	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	68	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	69	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	70	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt
	71	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	72	Kejadian Salah Sisi Dalam Tindakan Operasi Gigi	0%
	73	Proporsi Kunjungan Promotif Preventif Kesehatan Gigi Dan Mulut	30%
	74	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
Fisioterapi	75	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	76	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	77	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	78	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	79	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt
	80	Tidak Adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medik	100%
	81	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	82	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
Psikologi	83	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	84	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	85	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	86	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	87	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt
	88	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	89	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤ 2 Hari	≥ 90 %
	90	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤ 7 Hari	100%
	91	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
Instalasi Rawat Inap			
Ruang ICU	92	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	93	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	94	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	95	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	96	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%
	97	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
	98	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %
	99	Kejadian Pasien Lari	0
	100	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰
	101	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%
	102	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
	103	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Ruang Perawatan Intensif Psikiatri	≥ 95%
	104	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut Dalam Waktu ≤ 7 Hari	≥ 85 %
	105	Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	≤ 1,5 %
	106	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	107	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
	108	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
Ruang Perawatan Psikiatri & Fisik (Kemuning)	109	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	110	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	111	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	112	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	113	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%
	114	Length of Stay (LOS)	< 28 hari
	115	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
	116	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %
	117	Kejadian Pasien Lari	0
	118	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰
	119	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%
	120	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
	121	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%
	122	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤ 5‰
	123	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
124	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	125	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%
Ruang Perawatan Psikiatri	126	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	127	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	128	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	129	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	130	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%
	131	Length of Stay (LOS)	< 28 hari
	132	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
	133	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %
	134	Kejadian Pasien Lari	0
	135	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰
	136	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%
	137	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
	138	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	139	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
	140	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
Ruang Perawatan Non Psikiatri (Metro)	141	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	142	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	143	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	144	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	145	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%
	146	Length of Stay (LOS)	< 28 hari
	147	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
	148	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %
	149	Kejadian Pasien Lari	0
	150	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰
	151	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%
	152	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
	153	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%
	154	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤ 5‰
	155	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	156	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
IGD	157	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	158	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	159	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	160	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	161	Kematian Pasien ≤ 8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2‰
	162	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT) ≤ 240 menit (IKI.12)</i>	≤240 menit
	163	Respon Time Layanan Gawat Darurat / <i>Emergency Respon Time Rate (Tinkes.2.a.1)</i>	100%
	164	Pelaksanaan pengisian assesmen awal kunjungan pasien PONEK di IGD	100%
	165	Pelaksanaan pemeriksaan penunjang pada kunjungan pasien psikogeriatri yang rawat inap	100%
	166	Evaluasi Proses Rujukan	100%
	167	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
Instalasi Psikogeriatri	168	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	169	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	170	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	171	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	172	Lama Rawat Inap Pasien Psikogeriatri dengan Komorbiditas Penyakit Fisik ≤ 6 Minggu	≥ 80%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	173	Pertumbuhan Layanan Psikogeriatric (IKU.4)	10%
	174	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan (IKU.5)	10%
	175	Peningkatan Status Fungsional Pasien rawat Inap Psikogeriatric	≥ 80%
	176	Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Rawat Inap Psikogeriatric	≥ 80%
	177	Waktu Tunggu Layanan Day Care Psikogeriatric	≤ 60 menit
	178	Angka Rehospitalisasi Pasien Rawat Inap Psikogeriatric	<15%
	179	Tercapainya Koordinasi Pembangunan Satu Kota Ramah Lansia 10% per bulan	100%
	180	Terlaksananya Proses Pengampunan Terhadap Rumah Sakit Jejaring di Bidang Psikogeriatric 1 kali per bulan	100%
	181	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
	182	Kejadian Pasien Lari	0%
Bidang Pelayanan Penunjang			
	183	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	184	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	185	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	186	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) (IKI.2)	≥80%
	187	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi (IKI.16) (Tinkes.2.a.4)	≤30 menit
Seksi Pelayanan Penunjang Medik			

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	188	Penulisan resep sesuai Formularium (Tinkes.1.b.5)	skor = 2
Instalasi Gizi	189	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	190	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	191	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	192	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥ 90 %
	193	Ketepatan Pemberian Diet	100%
	194	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%
Instalasi Farmasi	195	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	196	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	197	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	198	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) (IKI.2)	≥ 90%
	199	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi (IKI.16) (Tinkes.2.a.4)	≤30 menit
	200	Penulisan resep sesuai Formularium (Tinkes.1.b.5)	skor = 2
	201	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit
	202	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%
203	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa di Tempat Pelayanan	100%	

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	204	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%
Instalasi Napza	205	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	206	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	207	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	208	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	209	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥ 50 %
	210	Detoksifikasi Napza tercapai dalam waktu lama detoksifikasi ≤ 2 minggu	≥ 95%
	211	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
Instalasi Bedah	212	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	213	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	214	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	215	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	216	Penandaan Lokasi Operasi	100%
	217	Asesmen Prasedasi dan Pra-anestesi	100%
	218	Kematian di Meja Operasi	0
	219	Pelaksanaan <i>Surgical Safety Check List</i>	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	220	Pelaksanaan Asesmen Awal Pra Bedah	100%
	221	Tidak adanya kejadian salah Sisi	100%
	222	Waktu Tunggu Operasi Elektif < 2 hari	100%
	223	Pemantauan Ketidakesesuaian Diagnosis Pre dan Post Anestesi	100%
	224	Evaluasi Ulang Jika Terjadi Konversi Tindakan Dari Anestesi Lokal/Regional Ke General	100%
	225	Pelaksanaan Monitoring Status Fisiologis selama Anestesi	100%
	226	Pelaksanaan Monitoring Proses Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam	100%
Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik	227	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	228	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	229	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	230	Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT) (IKI.5)	100%
	231	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT (Tinkes.1.a.6)	skor = 2
	232	Angka Pembatalan Operasi/ECT (Tinkes.1.b.3)	skor = 2
	233	Waktu tunggu sebelum operasi/ECT (Tinkes.2.a.5)	≤ 2 hari
	234	<i>Post Operative Death Rate</i> (ECT) (Tinkes.2.b.3)	skor = 2
	235	Waktu Tunggu Pelayanan/ Hasil Radiologi ≤ 3 Jam (IKI.14) (Tinkes.2.a.7)	≤ 3 Jam/180 menit

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	236	Pertumbuhan pemeriksaan Radiologi (Tinkes 1.a.4)	skor = 2
	237	Angka Kegagalan Hasil Radiologi (Tinkes.1.b.4)	skor = 2
	238	Waktu Tunggu Pelayanan/Hasil Laboratorium (WTPL) \leq 2 Jam (IKI.15) (Tinkes.2.a.6)	\leq 2 jam
	239	Pertumbuhan pemeriksaan Laboratorium (Tinkes.1.a.5)	skor = 2
	240	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (Tinkes.1.b.6)	skor = 2
	241	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME) (IKT.1)	100%
	242	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam (IKI.17)	80%
	243	Kelengkapan Rekam Medik dalam waktu 24 Jam (Tinkes.1.b.1)	skor = 2
	244	Pengembalian Rekam Medik (Tinkes.1.b.2)	skor = 2
	245	Pertumbuhan Rehab Medik (Tinkes.1.a.7)	skor = 2
	246	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain (Tinkes.2.c.1)	skor = 1
	247	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit (Tinkes.2.c.2)	skor = 1
Instalasi PKRS	248	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	249	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	\geq 95 %
	250	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	\geq 75%
	251	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain (Tinkes.2.c.1)	100% / skor = 1

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	252	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit (Tinkes.2.c.2)	≥ 90 %
	253	Pelaksanaan pelatihan keterampilan melakukan pemeriksaan Ubbreviated Mental Test (AMT), Geriatric Depression Scale (GDS) dan Barthel Index oleh Perawat terlatih kepada tenaga kesehatan dan/atau kader kesehatan di PPK 1	≥ 90 %
Instalasi Rekam Medik	254	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	255	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	256	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	257	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME) (IKT.1)	100%
	258	Kelengkapan Rekam Medik dalam waktu 24 Jam (Tinkes.1.b.1)	100%
	259	Pengembalian Rekam Medik (Tinkes.1.b.2)	skor = 2
	260	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam (IKI.17)	80%
Instalasi Rehab Medik dan Psikososial	261	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	262	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	263	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	264	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	265	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%
	266	Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi ≤60 Menit	≥ 90%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	267	Kepatuhan pencegahan resiko pasien jatuh	0
	268	Penerapan Edukasi Pasien Rehabilitasi Medik	100%
	269	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %
	270	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 65 %
Laboratorium	271	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	272	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	273	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	274	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	275	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%
	276	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
	277	Waktu Tunggu Pelayanan/Hasil Laboratorium (WTPL) < 2 Jam (IKI.15) (Tinkes.2.a.6)	≤ 120 menit
	278	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%
	279	Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium <30 menit	100%
	280	Kejadian Pasien Jatuh	0
	281	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (Tinkes.1.b.6)	skor = 2
Radiologi	282	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	283	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	284	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	285	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	286	Pelaporan Hasil Tes Kritis Radiologi <60menit	100%
	287	Waktu Tunggu Pelayanan/Hasil Radiologi ≤ 3 Jam (IKI.14) (Tinkes.2.a.7)	100%
	288	Kejadian Pasien Jatuh	0
Elektromedik	289	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	290	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	291	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	292	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
	293	Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT) (IKI.5)	100%
	294	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT (Tinkes.1.a.6)	skor = 2
	295	Angka Pembatalan Operasi/ECT (Tinkes.1.b.3)	skor = 2
	296	Waktu tunggu sebelum operasi/ECT (Tinkes.2.a.5)	≤ 2 hari
	297	<i>Post Operative Death Rate</i> (ECT) (Tinkes.2.b.3)	skor = 2
	298	Pelaporan Hasil Tes Kritis EKG <60 menit	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	299	Kejadian Pasien Jatuh	0
Unit Pemeliharaan Alkes	300	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat Kesehatan	100%
	301	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	100%
Direktur, Perencanaan, Keuangan, & BMN	302	Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> (IKU.11)	2
	303	Tercapainya indikator mutu unit kerja (IKU.14)	90%
	304	Terakreditasi Internasional (IKU.15)	Verifikasi Internasional
	305	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT (IKU.16)	1 paket
	306	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan (IKU.18)	10%
	307	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan > 10% (IKU.21)	10%
	308	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional > 45% (IKU.22) (IKT.5) (IKI.20)	≥45%
Bagian Perencanaan dan Evaluasi			
Subbagian Perencanaan Program	309	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	310	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	311	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	312	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif) (Tinkes.2.a)	
	313	- Ditandatangani sebelum tgl 31 Des tahun sebelumnya	skor = 0,4

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	314	- Ditandatangani oleh pemimpin BLU	skor = 0,4
	315	- Diketahui oleh Dewas	skor = 0,4
	316	- Disetujui oleh Menteri	skor = 0,4
	317	- Format sesuai dengan PMK No.95/PMK.05/2011	skor = 0,4
	318	Terlaksananya telaah perencanaan kegiatan unit kerja	100%
	319	Tersusunnya Dokumen Rencana Kinerja Tahunan	100%
Subbagian Evaluasi dan Pelaporan	320	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	321	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	322	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	323	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Manajemen	100%
	324	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%
	325	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
	326	Ketepatan Waktu Pengumpulan Laporan dari Unit Kerja	100%
Instalasi SIRS	327	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	328	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	329	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS) (IKT)	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	330	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer	≥ 90%
	331	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	≥ 90%
	332	Ketepatan Waktu Pengembangan Aplikasi / <i>Software</i>	≥ 80 %
Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara			
Subbagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran	333	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	334	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	335	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	336	Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	100%
	337	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	100%
	338	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	skor = 2
	339	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%
Subbagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	340	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	341	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	342	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	343	Penyerapan Anggaran	40%
	344	Pemberian Informasi tagihan rawat inap	≤ 30 menit

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	345	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan Rumah Sakit	100%
	346	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%
	347	Tarif Layanan (Tinkes.3.d)	skor = 2
		Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (Tinkes.2.c)	
	348	- SP3BBLU TW 1 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4
	349	- SP3BBLU TW 2 saldo kas telah sesuai	skor = 0,5
	350	- SP3BBLU TW 3 saldo kas telah sesuai	skor = 0,6
	351	- SP3BBLU TW 4 saldo kas telah sesuai	skor = 0,8
		Persetujuan rekening (Tinkes.3.f)	
	352	- Rekening pengelolaan kas	skor = 0,1
	353	- Rekening operasional	skor = 0,3
	354	- Rekening dana kelolaan	skor = 0,1
	355	SOP Pengelolaan Kas (Tinkes.3.g)	skor = 0,5
	356	SOP Pengelolaan Piutang (Tinkes.3.h)	skor = 0,6
	357	SOP Pengelolaan Utang (Tinkes.3.i)	skor = 0,7
Subbagian Akuntansi dan Barang Milik Negara	358	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	359	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	360	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	361	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB) (IKT.5) (IKI.20)	>45%
	362	Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik Negara	100%
	363	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB) (IKT.5) (IKI.20) (Tinkes.1.h)	>45%
	364	Rasio Kas (Cash Ratio) (Tinkes.1.a)	skor = 2,25
	365	Rasio Lancar (Current Ratio) (Tinkes.1.b)	skor = 2,75
	366	Periode Penagihan Piutang (Collection Periode) (Tinkes.1.c)	skor = 2,25
	367	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover) (Tinkes.1.d)	skor = 2,26
	368	Imbalan atas Aset Tetap (Return of Fixed Asset) (Tinkes.1.e)	skor = 2,27
	369	Imbalan Ekuitas (Return on Equity) (Tinkes.1.f)	skor = 2,28
	370	Perputaran Persediaan (Inventory Turn over) (Tinkes.1.g)	skor = 2,29
		Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (Tinkes. 2.b)	
	371	- Laporan Keuangan Semester 1 disampaikan ≤ tanggal 15	skor = 0,66
	372	- Laporan Keuangan Tahunan ≤ tanggal 22 Januari tahun anggaran berikutnya	skor = 0,67
	373	- Laporan Keuangan Tahunan Audited disampaikan sampai batas akhir penyampaian LKKL Audited kepada Menteri Keuangan	skor = 0,68

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
		Sistem Akuntansi (Tinkes.3.e)	
	374	- Sistem akuntansi keuangan	skor = 0,6
	375	- Sistem akuntansi biaya	skor = 0,2
	376	- Sistem Akuntansi Aset tetap	skor = 0,3
	377	SOP Pengelolaan Barang Inventaris (Tinkes.3.k)	skor = 0,5
ULP	378	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	379	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	380	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	381	SOP pengadaan Barang dan Jasa (Tinkes.3.j)	skor = 0,5
	382	Kelengkapan Dokumen Pengadaan	100%
	383	Kejadian Lelang Gagal	≤ 40%
PPK	384	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	385	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	386	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
Panitia Penerima	387	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	388	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	389	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	390	Kelengkapan Dokumen Penerimaan Barang/Jasa	100%
	391	Hasil Pemeriksaan dan Penerimaan Barang/Jasa Sesuai Kontrak	100%
Direktur SDM, Pendidikan, dan Umum	392	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	393	Tingkat kepuasan Pasien dan Masyarakat (IKM) (IKU.1) (IKI.11) (Tinkes.2.d.2)	85%
	394	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (IKU.2)	100%
	395	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional (IKU.6)	2
	396	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa (IKU.7)	1
	397	Tercapainya pertumbuhan pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa (IKU.8)	10%
	398	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan (IKU. 9)	40%
	399	Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> (IKU.11)	2
	400	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja (IKU.13)	70%
	401	Tercapainya indikator mutu unit kerja (IKU.14)	90%
	402	Terakreditasi International (IKU.15)	Verifikasi Internasional
	403	OEE (Overall Equipment Effectiveness) (IKU.17)	85%
	404	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan (IKU.18)	10%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	405	Persentase Kompetensi Pegawai yang sesuai standar. (IKU.19)	80%
	406	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar. (IKU.20)	70%
	407	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan > 10% (IKU.21)	10%
Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian			
Subbagian Administrasi SDM	408	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	409	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	410	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	411	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%
	412	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%
	413	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%
	414	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%
	415	Program Pemberian Penghargaan dan Konsekuensi (Tinkes.1.c.3)	100%
	416	Kepuasan Karyawan Terhadap Organisasi	≥95%
	417	Pembinaan Permasalahan Pegawai Terlaksana Tepat Waktu	100%
	418	Tercapainya Evaluasi Penilaian Kinerja Pegawai Sesuai Target	≥95%
	419	Ketepatan Waktu Penerbitan SPK dan RKK	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
Subbagian Pengembangan SDM, Pendidikan, dan Penelitian	420	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	421	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	422	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	423	Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan	100%
	424	Prosentase Pegawai Yang Mendapatkan Pelatihan ≥ 20 JPL per tahun	≥ 80%
	425	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis Kepuasan Pelanggan Terhadap Adanya Peserta Didik.	≥ 80% dari semua institusi
	426	Evaluasi Pasca Pelatihan	2/tahun
	427	Prosentase Pemenuhan Standar Kompetensi SDM untuk Area Prioritas	≥ 80%
	428	Ketepatan Waktu Pembayaran Remunerasi Pegawai	100%
	429	Terlaksananya Perencanaan Pengembangan SDM Sesuai Kompetensi	>80%
	430	Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran (Tinkes 1.a.8)	skor = 2
	431	Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan (Tinkes 1.a.9)	skor = 2
	432	Rata-rata jam pelatihan/karyawan (Tinkes.1.c.1)	skor = 1
	433	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT (Tinkes.1.c.2)	skor = 1
Instalasi Diklit	434	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	435	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	436	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	437	Prosentase Pelaksanaan Pelatihan Internal Sesuai Perencanaan	100%
	438	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	100%
Komisi Etik dan Penelitian Kesehatan	439	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	440	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	441	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	442	Telaah Penelitian < 7 hari kerja	100%
	443	Publikasi Penelitian di RSJ 1 per tahun	100%
Tim Marketing	444	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	445	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	446	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	447	Kunjungan Wisata Jiwa (iWellness Tourism) 50 pasien per bulan	100%
	448	Penawaran Paket Kesehatan Jiwa ke instansi lain 4 kali sebulan	100%
Bagian Organisasi dan Umum			
Subbagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	449	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	450	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	451	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	452	Pendampingan Masalah Hukum	100%
	453	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	100%
	454	Tingkat kepuasan Pasien dan Masyarakat (IKM) (IKU.1) (IKI.11) (Tinkes.2.d.2)	85%
	455	Promosi Pelayanan Rumah Sakit Koordinasi dengan pemasaran	100%
	456	Prosentase Komplain Yang Ditindak Lanjuti/Penanganan Pengaduan (Tinkes.2.d.1)	skor = 1
Subbagian Umum	457	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	458	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	459	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	460	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%
	461	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%
	462	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Rumah Tangga	100%
	463	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Makanan	100%
Instalasi Binatu	464	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	465	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	466	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	467	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT
	468	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%
	469	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%
	470	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%
	471	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	472	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	473	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	474	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%
	475	Pengelolaan Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) sesuai Permenkes no 7 th 2019	100%
	476	Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri (Tinkes.2.e.1)	≥ 7500.
	477	Proper Lingkungan (Tinkes.2.e.2)	skor = 1
IPSRs	478	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	479	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	480	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	481	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥ 80 %
	482	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
Satuan Pengawas Internal (SPI)	483	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	484	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	485	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	486	Terlaksananya Kegiatan Pengawasan sesuai Program Kegiatan Pengawasan Tahunan (PKPT)	100%
Komite Medik	487	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	488	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	489	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	490	Kepatuhan jam Visite Dokter Spesialis	80%
	491	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (IKI.1)	100%
	492	Pelaksanaan Audit Medis Dua Kali dalam Setahun	100%
	493	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Medis	100%
	494	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial bagi Semua Dokter	100%
Komite Keperawatan	495	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	496	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	497	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	498	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Perawat	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	499	Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sesuai dengan Standar Keperawatan	≥ 90%
Komite Etik & Hukum	500	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	501	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	502	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	503	Terlaksananya Kegiatan Pencegahan Permasalahan Etik	100%
	504	Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi Serta Tindak Lanjut Maslah Etik dan hukum di Rumah Sakit	100%
Komite PPI	505	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	506	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i> (IKI.7)	≥ 95 %
	507	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	508	Pencapaian Surveilans HAI's	100%
		Angka infeksi nosokomial (Tinkes.2.b.4)	
	509	- luka fiksasi (AIN < 1,5%)	skor = 1
	510	- dermatomikosis (AIN < 1,5%)	skor = 1
	511	- scabies dan pedikulosis (AIN < 1,5%)	skor = 1
	512	- postural hipotensi (AIN < 1,5%)	skor = 1
Komite K3RS	513	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	514	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	515	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	516	Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja	0
	517	Simulasi Kesiapsiagaan Bencana di Setiap Unit Kerja	100%
Komite Mutu & Keselamatan Pasien	518	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	519	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %
	520	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
	521	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%
	522	Tercapainya Pendampingan Komite Mutu Terhadap Pelaksanaan Indikator Mutu Unit Kerja setiap Bulan	100%
	523	Pelaporan Kegiatan Pendampingan Komite Mutu Terhadap Pelaksanaan Indikator Mutu Unit Kerja kepada Direktur Utama Secara Tepat Waktu	100%
	524	Pelaporan IKP kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas Secara Tepat Waktu	100%
	525	Pelaporan IKP, KTD, Sentinel kepada KARS dan KNKP secara tepat waktu	100%
Komite Tenaga Kesehatan Lain	526	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	527	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Tenaga Kesehatan Lain	100%
	528	Pelaksanaan audit proses pemberian asuhan oleh Tenaga Kesehatan Lain	>95%
	529	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi oleh Tenaga Kesehatan Lain	100%

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA

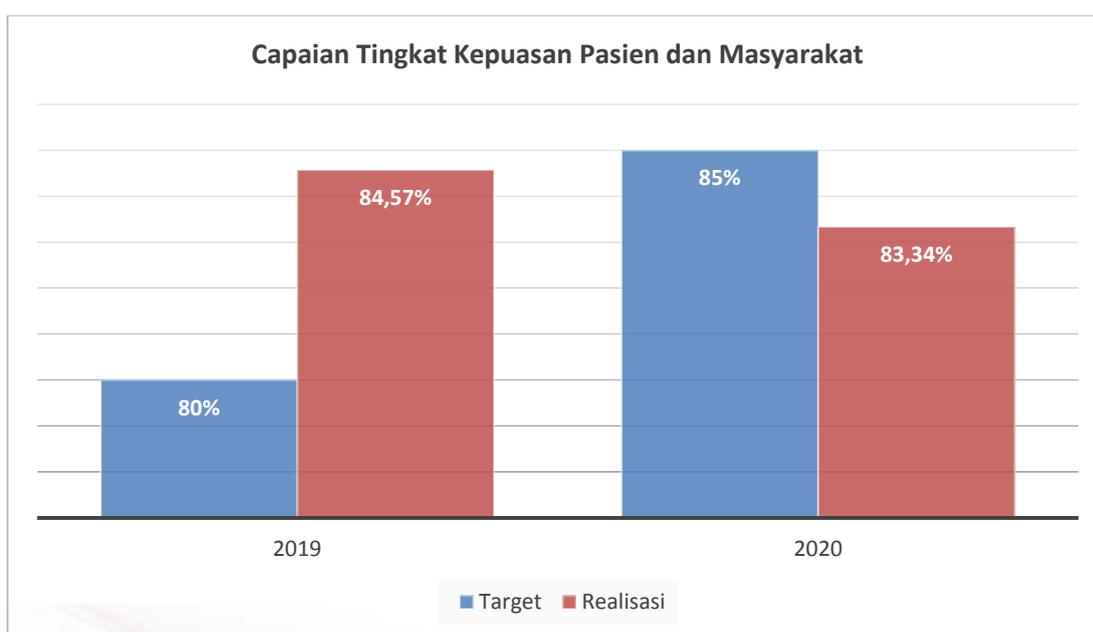
1. Capaian sesuai Perjanjian Kinerja tahun 2020 sebagai berikut :

1) Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM).

Pelaksanaan survey kepuasan pasien dan masyarakat menggunakan dasar PerMenPAN-RB Nomor 14 tahun 2017 dengan 9 (sembilan) unsur pelayanan. Adapun capaian pelaksanaan survei kepuasan pasien dan masyarakat pada tahun 2019 dan 2020 sebagai berikut :

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat	80%	84,57%	99,49%	85%	83,34%	98,05%



Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2020 tingkat kepuasan pasien dan masyarakat target 85% realisasi 83,34% capaian 98,05% belum mencapai target yang ditetapkan. Realisasi capaian indikator mutu kepuasan pasien dan masyarakat pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020, terjadi penurunan 1,23 indeks nilai IKM, walaupun realisasinya pada 2 (dua) tahun tersebut belum mencapai target 85% sesuai standar yang ditetapkan.

Permasalahan :

Capaian pada tahun 2020 belum mencapai target walaupun berada diantara nilai interval konversi IKM 76.61 – 88.30, mutu pelayanan B dan kinerja unit pelayanan adalah baik. Sedangkan dari jumlah responden terdapat peningkatan dibandingkan tahun 2019 rata-rata 353 per bulan dan tahun 2020 rata-rata 366 per bulan, survei dilakukan di 38 unit pelayanan rawat inap, rawat jalan, IGD dan penunjang serta analisa setiap bulan dari 9 unsur pelayanan, namun karena masih ada prosentase nilai unsur yang kurang puas dan ada nilai C (< 76,61) maka target tidak tercapai.

Permasalahan Ketercapaian :

Untuk kepuasan pasien dan masyarakat ada beberapa kendala yang di peroleh dari keluhan dan saran di form survei:

- Dokter datang tepat waktu
- Antrian obat lama
- Dokter rehab medik 2x seminggu agar tidak numpuk dan lama menunggu
- Prasarana untuk pasien tua dilengkapi, tempat duduk nyaman
- Petugas lebih komunikatif, sopan dan lebih beretika
- Pelayanan kurang cepat
- Mahasiswa saat praktek jika wawancara harus izin dan ikut memperhatikan antrian
- Lokasi radiologi ada rambu-rambu
- Permudah pendaftaran online
- Prosedur dipermudah
- Pendaftaran berbelit, tempat jauh
- Pelayanan IGD lama
- Disediakan kantin IGD
- Laborat lama

Rencana Tindaklanjut :

Indikator mutu tingkat kepuasan pasien dan masyarakat dengan tidak tercapainya target tersebut, langkah-langkah yang sudah di lakukan:

- Melaporkan kepada pimpinan
- Melakukan analisa ketidaktercapaian dan rencana tindak lanjutnya melalui koordinasi dengan kabid/kabag, unit kerja terkait dan tim survei kepuasan pelanggan
- Sosialisasi dan *feedback* ke unit kerja

Diuraikan rencana pengembangan inovasi untuk peningkatan kinerja dalam mencapai target, dan untuk mereduksi permasalahan yang kemungkinan terjadi dimasa yang akan datang.

- Dengan ketidaktercapaian pada survei kepuasan pasien dan masyarakat, rencana pengembangan inovasi yang akan dilakukan selain masih menggunakan form survei berdasarkan permenpan nomor 14 tahun 2017 dengan 9 unsur pelayanan, kami merencanakan e-survei
- Mengajukan proposal untuk rencana pengembangan tersebut
- Tetap melakukan koordinasi dengan unit kerja pelayanan dan tim survei atas pelaksanaan survei tersebut
- Melakukan monev secara terus menerus atas capaian hasil yang diperoleh dan rencana pengembangan sampai terealisasi sesuai target yang ditetapkan

2) Kecepatan respon terhadap komplain

Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan rumah sakit dalam menangani komplain baik tertulis, lisan, atau melalui media massa yang sudah diidentifikasi tingkat risiko dan dampak risiko dengan penetapan *grading* / dampak risiko berupa extreme (merah), tinggi (kuning), rendah (hijau), dibuktikan dengan data, dan tindak lanjut atas respon time komplain tersebut sesuai dengan kategorisasi atau *grading* / dampak risiko.

- a. Warna merah : cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem atau kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dll.
- b. Warna kuning : cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dll.
- c. Warna hijau: tidak menimbulkan kerugian material maupun immaterial.

Kriteria penilaian :

1. Melihat data rekapitulasi komplain sesuai kategori
2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar.
3. Kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar.

4. Membuat presentasi jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain setiap kategori

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kecepatan respon terhadap complain	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2020 indikator kecepatan respon terhadap komplain target 100% realisasi 100%, tercapai sesuai standar yang di tetapkan. Pada tahun 2019 indikator yang masuk dalam perjanjian kinerja adalah prosentase complain yang ditindaklanjuti. Implementasi dan evaluasi dari prosentase komplain yang ditindaklanjuti berdasarkan Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRK). Indikator kecepatan respon terhadap komplain pada tahun 2019 jika dibandingkan tahun 2020 dengan target 100% secara berturut turut dari tahun ke tahun tercapai sesuai standar yang di tetapkan.

Pada tahun 2020 jumlah complain sebanyak 71 komplain, yang terdiri dari:

- a. 10 komplain pada bulan Januari 2020 dengan kriteria 4 Komplain Kategori Hijau, dan 6 Komplain Kategori Merah
- b. 3 komplain pada bulan Februari 2020 dengan kriteria 3 Komplain Kategori Hijau
- c. 3 komplain pada bulan Maret 2020 dengan kriteria 3 Komplain Kategori Hijau
- d. 6 komplain pada bulan April 2020 dengan kriteria 6 Komplain Kategori Hijau
- e. 7 komplain pada bulan Mei 2020 dengan kriteria 7 Komplain Kategori Hijau
- f. 7 komplain pada bulan Juni 2020 dengan kriteria 4 Komplain Kategori Hijau, 1 Komplain Kategori Kuning, dan 2 Komplain Kategori Merah
- g. 9 komplain pada bulan Juli 2020 dengan kriteria 9 Komplain Kategori Hijau
- h. 5 komplain pada bulan Agustus 2020 dengan kriteria 5 Komplain Kategori Hijau
- i. 7 komplain pada bulan September 2020 dengan kriteria 7 Komplain Kategori Hijau
- j. 1 komplain pada bulan Oktober 2020 dengan kriteria 1 Komplain Kategori Hijau
- k. 7 komplain pada bulan November 2020 dengan kriteria 6 Komplain Kategori Hijau dan 1 Komplain Kategori Kuning
- l. 6 komplain pada bulan Desember 2020 dengan kriteria 4 Komplain Kategori Hijau dan 2 Komplain Kategori Kuning

Keseluruhan Komplain telah ditindaklanjuti dengan 49 komplain ditindaklanjuti dan terselesaikan pada hari yang sama, 21 komplain selesai ditindaklanjuti dalam tempo kurang dari 7 hari, dan masih terdapat 1 komplain yang masih dalam proses.

Capaian Indikator kecepatan respon terhadap komplain, pada tahun 2020 tercapai sesuai dengan target. Hal ini menggambarkan capaian yang cukup konsisten selama periode Januari hingga Desember tahun 2020, dimana penanganan komplain pelanggan berjalan sangat responsif dan efektif. Hal ini tidak terlepas dari fungsi koordinasi yang baik antara unit pelayanan dengan manajemen dalam merespon setiap keluhan pelanggan dengan tepat. Selain itu peningkatan fasilitas sarana prasarana tempat komplain pelanggan terus dilakukan peningkatan untuk kenyamanan pelanggan, sehingga yang menyampaikan komplain dapat menyampaikan keluhannya secara representatif, nyaman, dan privasinya terlindungi. Saluran-saluran media penyampaian komplain pelanggan cukup bervariasi, diantaranya melalui : form Komplain, Kotak saran, lembar IKM, maupun media sosial.

Rencana Tindak Lanjut:

- Tetap menjaga dan meningkatkan fungsi koordinasi di semua lini unit pelayanan.
- Memotivasi petugas agar tetap responsif terhadap keluhan pelanggan dengan tetap mengutamakan keramahan

Capaian Sub Bagian Hukormas

No	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Kepuasan pasien dan masyarakat	85	83,34	98,05%
2.	Kecepatan waktu tanggap complain	100%	100	100,00%
3.	Pembuatan MoU	68	64	94,12%
4.	Keprotokolan	110	37	33,64%
5.	Informasi	25.714	26.985	104,94%
6.	Pembuatan SK	62	62	100,00%
7.	Jadwal sif	100%	100%	100%
8.	Promosi layanan rumah sakit	100%	128,78%	128,78%

Tabel Capaian Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020 dibandingkan tahun sebelumnya

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Kepuasan pasien dan masyarakat	85	84.57	99,49%	85	83,34	98,05%

2.	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%	100%	100%	100%	100%	100,00%
3.	Pembuatan MoU	79	68	86,08%	68	64	94,12%
4.	Keprotokolan	127	168	132,28%	110	37	33,64%
5.	Informasi	15.112	21.594	142,89%	25.714	26.985	104,94%
6.	Pembuatan SK	62	62	100%	62	62	100,00%
7.	Jadwal sif	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8.	Promosi layanan rumah sakit	100%	129%	129%	100%	128,78%	128,78%

Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2020 di subbagian hukormas memiliki 8 (delapan) indikator mutu/kinerja dengan capaian sebagai berikut:

- a. Indikator mutu kepuasan pasien dan masyarakat target 85 realisasi 83,34 tercapai 98,05% belum mencapai target yang ditetapkan
- b. Indikator mutu kecepatan waktu tanggap komplain target 100% realisasi 100%. Target tercapai
- c. Indikator kinerja pembuatan MoU, target 68 realisasi 64 tercapai 94,12%, dengan uraian MoU pelayanan target 23 realisasi 30 tercapai 130,43%, MoU Pendidikan target 38 realisasi 19 tercapai 50%, MoU Operasional target 7 realisasi 15 tercapai 214,29%. Kegiatan pembuatan MoU yang tidak mencapai target pada MoU pendidikan dikarenakan: masa berlaku / berakhirnya bervariasi
- d. Indikator kinerja Keprotokolan target 110 realisasi 37 tercapai 33,64% dengan uraian kegiatan yang telah terjadwal yaitu: upacara 12, realisasi 2 tercapai 16,67%, apel 48 realisasi 9 tercapai 18,75% dan dokumentasi target 50 realisasi 26 tercapai 52%, ketidaktercapaian ini dikarenakan adanya wabah covid-19 sejak diumumkan oleh pemerintah pada awal bulan maret 2020.
- e. Indikator kinerja informasi, merupakan serangkaian kegiatan layanan informasi baik internal maupun eksternal kepada masyarakat dengan target 25.714 realisasi 26.985 tercapai 104,94% melebihi target. Dengan uraian:
 - Penerimaan telepon masuk target 5.690 realisasi 7.672 tercapai 134,83%. Melebihi target, adanya wabah covid-19, banyak masyarakat yang membutuhkan layanan informasi
 - Penyambungan telepon keluar target 12.290 realisasi 11.794 tercapai 95,96%, kurang mencapai target terkait wabah covid-19 adanya batasan kegiatan
 - Media internal: Banner target 46 realisasi 46 tercapai 100%, Komunikasi internal (tingtong) target 326 realisasi 428 tercapai 131,29%, Video target 20 realisasi 33 tercapai 165%.

- Media massa, internal target 102 realisasi 147 tercapai 144,12%, eksternal target 99 realisasi 100 tercapai 101,01%.
- Layanan informasi melalui:
 - Telepon target 2.037 terealisasi 2.316 tercapai 113,70%,
 - Sosial media, email rumah sakit, website target 696 realisasi 1.623 tercapai 232,52%
 - Kotak saran target 281 realisasi 114 tercapai 40,57%
 - Pengaduan masyarakat target 78 realisasi 70 tercapai 89,74%
 - Resepsionis / lobi target 4.047 realisasi 2.642 tercapai 65,28%

Capaian yang melebihi target dikarenakan keterkaitan wabah covid-19, dengan batasan pelayanan pasien dan pengunjung sehingga banyak informasi yang dibutuhkan oleh masyarakat

- f. Indikator kinerja Pembuatan Surat Keputusan (SK) dilakukan sesuai instruksi melalui disposisi target 62 realisasi 62 tercapai 100%
- g. Untuk mendukung layanan informasi 24 jam dilaksanakan jaga shift melalui operator telepon tercapai 100% dengan personil 4 (empat) orang yang terbagi 3 (tiga) kali shift (pagi, siang, malam)
- h. Promosi layanan rumah sakit merupakan indikator mutu dengan target 100% tercapai 128,78%. Capaian melebihi target yang ditetapkan

Analisa perbandingan capaian indikator mutu/kinerja di subbagian hukormas pada tahun 2019 dan tahun 2020 sebagai berikut:

- Realisasi capaian indikator mutu kepuasan pasien dan masyarakat pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020.
- Indikator mutu kecepatan waktu tanggap komplain pada tahun 2019 jika dibandingkan tahun 2020 dengan target 100% secara berturut turut dari tahun ke tahun tercapai sesuai standar yang di tetapkan
- Indikator kinerja pembuatan MoU pada tahun 2019 jika dibandingkan tahun 2020 lebih baik capaian tahun 2020. Walaupun secara target masih perlu di perbaiki
- Indikator kinerja keprotokolan pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020. Untuk target dan realisasi perlu di perbaiki
- Indikator kinerja layanan informasi pada tahun 2019 lebih baik pada capaian tahun 2020, dikarenakan masyarakat semakin membutuhkan informasi pelayanan terkini

- Pembuatan Surat Keputusan (SK) untuk tahun 2019 dan 2020 untuk target 100% terealisasi 100% dikarenakan setiap membuat SK sesuai usulan dan instruksi pimpinan.
- Jadwal shift, dilaksanakan di operator telepon 24 jam, terbagi 3 shift, tercapai 100%
- Promosi layanan rumah sakit pada tahun 2019 target 100%, capaian melebihi target yang ditetapkan yakni 129%, begitu juga pada tahun 2020 capaian melebihi target yakni 128,78% walaupun ada sedikit penurunan sekitar 0,22% jika dibanding tahun 2019

Secara umum capaian mutu/kinerja di subbagian hukormas pada tahun 2020 dalam mendukung capaian outcome dengan rata-rata capaian kinerja sebesar 104,708%. meskipun jika melihat pada uraian di atas ada yang belum tercapai

Permasalahan :

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa dari 8 indikator mutu/kinerja di subbagian hukormas pada tahun 2020, walaupun secara umum rata-rata capaian melebihi target yaitu sebesar 104,708%. Namun ada beberapa indikator yang belum tercapai seperti :

- Kepuasan pasien dan masyarakat target 85 realisasi 83.34 capaian 98,05%.
- Pembuatan MoU Pendidikan target 38 realisasi 19 tercapai 50%, belum mencapai target, dikarenakan masa berakhir bervariasi
- Kegiatan keprotokolan target 110 realisasi 37 capaian 33,64%, tidak mencapai target dikarenakan dampak covid-19
- Layanan informasi, pada penyambungan telepon keluar, kotak saran, pengaduan masyarakat, layanan di lobi, tidak mencapai target dikarenakan covid-19, ada batasan pengunjung

Permasalahan Ketercapaian:

Faktor-faktor yang mendukung ketercapaian Indikator misalnya pada:

- Terlaksananya penanganan komplain 100%
- Pembuatan MoU pelayanan dan operasional yang termonev
- Informasi (penerimaan telepon masuk, media internal, media massa, sosial media, email, website) ketercapaian bisa melebihi target dikarenakan banyaknya masyarakat yang membutuhkan informasi layanan rumah sakit terutama terkait covid-19
- Pembuatan SK sesuai instruksi
- Kesan masyarakat (pasien, keluarga, pengunjung) yang baik terhadap RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang

3) Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup

Pertumbuhan pemanfaatan layanan promotif dan preventif yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup berbasis rumah sakit dan masyarakat, seperti kegiatan pelatihan kesehatan jiwa, peningkatan kapasitas mental, assesment dan deteksi dini, pencegahan relaps dan kegiatan lain. Indikator proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup			Belum ada dalam Perjanjian Kinerja	10%	2,54%	25,4%

Analisa:

Pada tahun 2020 realisasi proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup sebesar 2,54%, belum tercapai sesuai target yang ditetapkan.

Permasalahan:

Indikator ini tidak tercapai, karena:

- promosi layanan tidak dapat berjalan secara optimal,
- adanya kebijakan PSBB yang berdampak pada mobilitas penduduk,
- upaya untuk membuka inovasi layanan berupa telemedicine belum berjalan secara optimal.

Rencana Tindak Lanjut:

- Optimalisasi telemedicine (memperluas sasaran telemedicine, promosi layanan telemedicine)
- Koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan.
- Membangun image bahwa pelayanan di RSJ RW antisipatif terhadap pencegahan paparan covid 19 (membuat poster prosedur layanan di masa pandemi)

Capaian Instalasi Keswamas dan PKRS

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian	Ket
1.	Pelaksanaan Penyuluhan luar Rumah Sakit	18 Kegiatan / Tahun	28 Kegiatan	156 %	Imut Lama
2.	Pelaksanaan Penyuluhan di dalam Rumah Sakit	192 Kegiatan / Tahun	176 Kegiatan	92 %	Imut Baru
3.	Pelaksanaan Penyuluhan Psikogeriatri di luar Rumah Sakit	12 Kegiatan / Tahun	3 Kegiatan	25 %	Imut Lama
4.	Pelaksanaan pelatihan ketrampilan melakukan pemeriksaan AMT,GDS, dan barthel index oleh perawat terlatih kepada tenaga kesehatan,dan /atau kader kesehatan di PPK I	120 Orang / Tahun	51 Orang	43 %	Imut Baru
5.	Pelaksanaan Promotif dan Preventif di ruang publik	12 Kegiatan / Tahun	18 kegiatan	150 %	Imut Baru

Tabel Capaian Indikator Mutu Instalasi Keswamas dan PKRS Tahun 2020

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020 dibandingkan tahun sebelumnya

No	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Pelaksanaan Penyuluhan luar Rumah Sakit	18 Kegiatan / tahun	49 Kegiatan	272 %	18 Kegiatan / Tahun	28 Kegiatan	156 %
2.	Pelaksanaan Penyuluhan di dalam Rumah Sakit	240 Kegiatan / tahun	230 Kegiatan	96 %	192 Kegiatan / Tahun	176 Kegiatan	92 %
3.	Pelaksanaan Penyuluhan Psikogeriatri di luar Rumah Sakit	12 Kegiatan / tahun	13 Kegiatan	108 %	12 Kegiatan / Tahun	3 Kegiatan	25 %
4.	Pelaksanaan pelatihan ketrampilan melakukan pemeriksaan AMT,GDS, dan barthel index oleh perawat terlatih kepada tenaga kesehatan,dan /atau kader kesehatan di PPK	Belum ada dalam IMUT			120 Orang / Tahun	51 Orang	43 %

5.	Pelaksanaan Promotif dan Preventif di ruang publik	Belum ada dalam IMUT			12 Kegiatan / Tahun	18 kegiatan	150 %
----	--	----------------------	--	--	---------------------	-------------	-------

Deskripsi Analisa :

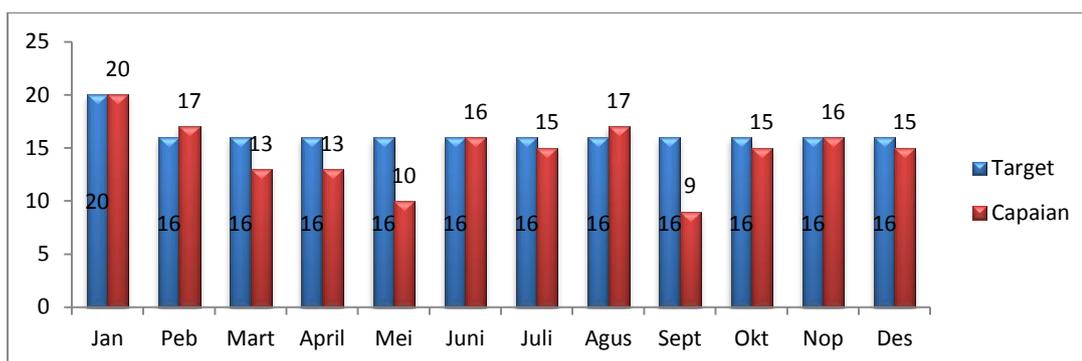
1. Pada tahun 2020 capaian kinerja Instalasi Keswamas dan PKRS dapat dilihat dari capaian indikator kinerja sebagai berikut :
 - Indikator Pelaksanaan Penyuluhan luar Rumah Sakit dengan target 18 Kegiatan / Tahun dengan realisasi pada tahun 2020 sejumlah 28 kegiatan. Capaian ini melebihi target dengan capaian 156 % dari target yang ditetapkan sebesar 100 %.
 - Indikator Pelaksanaan Penyuluhan di dalam Rumah Sakit dengan target 192 kegiatan / tahun ($\geq 90\%$) dengan realisasi pada tahun 2020 sebanyak 176 kegiatan. Capaian ini mencapai target dengan capaian 92 % .
 - Indikator Pelaksanaan Penyuluhan Psikogeriatric di luar Rumah Sakit dengan target 12 kegiatan / tahun dengan realisasi pada Tahun 2020 sebesar 3 kegiatan. Capaian ini tidak mencapai target yang telah ditetapkan karena hanya mencapai 25 %.
 - Indikator Pelaksanaan pelatihan ketrampilan melakukan pemeriksaan AMT, GDS, dan barthel index oleh perawat terlatih kepada tenaga kesehatan, dan /atau kader kesehatan di PPK I, dengan target pada tahun 2020 sebanyak 120 Orang/ Tahun yang terealisasi sebesar 51 orang (43%), hal ini tidak mencapai target tahunan yang telah ditetapkan yaitu sebesar 100 %.
 - Indikator Pelaksanaan Promotif dan Preventif di ruang publik dengan target pada tahun 2020 sebanyak 12 kegiatan/tahun dan teralisasi sebanyak 18 kegiatan (150%), dengan demikian mencapai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 100 %.
2. Analisa perbandingan capaian Kinerja tahun 2019 dan tahun 2020 di Instalasi Keswamas dan PKRS sebagai berikut :
 - Realisasi capaian Indikator Pelaksanaan Penyuluhan luar Rumah Sakit pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020, dimana capaiannya melebihi target yang telah ditentukan, karena pada periode tersebut kegiatan promosi layanan cukup intensif dilakukan dibandingkan pada tahun 2020 yang selama bulan Maret hingga Desember dibatasi kegiatan promosi kepada masyarakat sebagai upaya penegakan protokol kesehatan untuk pengendalian sebaran Covid-19.
 - Realisasi capaian Indikator Pelaksanaan Penyuluhan di dalam Rumah Sakit pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020,

dimana capaiannya melebihi target yang telah ditentukan, karena pada periode tersebut kegiatan promosi layanan cukup intensif dilakukan dibandingkan pada tahun 2020 yang selama bulan Maret hingga Desember dibatasi kegiatan promosi kepada pengunjung dan pasien sebagai upaya penegakan protokol kesehatan untuk pengendalian sebaran Covid-19.

- Realisasi capaian Indikator Pelaksanaan Penyuluhan Psikogeriatri di luar Rumah Sakit pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020, dimana capaiannya tidak mencapai target yang telah ditentukan, karena pada periode tersebut kegiatan promosi layanan cukup intensif dilakukan dibandingkan pada tahun 2020 yang selama bulan Maret hingga Desember dibatasi kegiatan promosi kepada kelompok kelompok lansia sebagai upaya penegakan protokol kesehatan untuk pengendalian sebaran Covid-19.
- Realisasi capaian Indikator Pelaksanaan pelatihan ketrampilan melakukan pemeriksaan AMT,GDS, dan barthel index oleh perawat terlatih kepada tenaga kesehatan,dan /atau kader kesehatan di PPK I tidak dapat dibandingkan dengan capaian pada tahun 2019, hal ini dikarenakan indikator tersebut baru masuk menjadi indikator program kerja pada akhir bulan Januari Tahun 2020.
- Realisasi capaian indikator Pelaksanaan Promotif dan Preventif di ruang publik tidak dapat dibandingkan dengan capaian pada tahun 2019, hal ini dikarenakan indikator tersebut baru menjadi indikator program kerja pada akhir bulan Januari Tahun 2020.

Permasalahan :

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa, dari 5 (lima) indikator mutu/kinerja Instalasi Keswamas dan PKRS pada tahun 2020, 2 indikator belum memenuhi memenuhi target, dan 2 indikator capaiannya melebihi target yang telah ditetapkan. Hal ini tidak terlepas dari beberapa kendala/hambatan selama tahun 2020 yaitu faktor pandemi Covid-19 secara langsung berdampak pada jumlah pelaksanaan kegiatan penyuluhan dan pelatihan ketrampilan, serta tidak terlepas kebijakan-kebijakan pemerintah dalam pembatasan sosial untuk mengurangi penyebaran Covid-19 yang berimbas pada terbatasnya mobilisasi aktifitas masyarakat di luar. Dampak pandemi Covid-19 terhadap kinerja instalasi keswamas dan PKRS, seperti tergambar pada grafik di bawah.

Grafik. Indikator Penyuluhan dalam Rumah Sakit

Pandemi Covid-19 mulai diumumkan secara resmi oleh pemerintah masuk ke Indonesia pada awal bulan Maret 2020, pada bulan Maret 2020 Instalasi Keswamas dan PKRS sudah mengalami penurunan kegiatan meskipun masih tetap melaksanakan penyuluhan di dalam Rumah Sakit meskipun tetap memperketat penerapan standar protokol kesehatan, namun kegiatan yang dilakukan di luar Rumah Sakit diberhentikan sementara waktu karena adanya pembatasan kegiatan yang melibatkan banyak orang.

Hal ini berpengaruh pada indikator Pelaksanaan Penyuluhan Psikogeriatric di luar Rumah Sakit dan Indikator Pelaksanaan pelatihan ketrampilan melakukan pemeriksaan AMT, GDS, dan Barthel index oleh perawat terlatih kepada tenaga kesehatan, dan/atau kader kesehatan di PPK I, karena secara langsung kedua indikator tersebut saling berkorelasi. Sedangkan untuk indikator Pelaksanaan Penyuluhan luar Rumah Sakit dan Indikator Pelaksanaan Promotif dan Preventif di ruang publik capaiannya melebihi target, hal ini terjadi karena kegiatan dilakukan secara daring yang berkerjasama dengan unit kerja lain.

Rencana Tindaklanjut :

Atas permasalahan di atas, diuraikan langkah-langkah strategis sebagai rencana tindaklanjut sebagai berikut :

- Merumuskan dan menerapkan standar kegiatan baru (new normal) dalam semua kegiatan Instalasi Keswamas dan PKRS, yang terintegrasi dengan protokol kesehatan untuk meningkatkan efektifitas kegiatan penyuluhan.
- Meningkatkan motivasi dan kompetensi petugas penyuluh di Keswamas dan PKRS, dengan mengikutsertakan dalam pelatihan Manajemen PKRS dan lainnya untuk mencapai pemberian edukasi kesehatan yang prima dan profesional.
- Koordinasi dengan unit kerja lain dan lintas sektor serta tim pemasaran terkait dengan pengembangan strategi penyuluhan, untuk meningkatkan rujukan pasien.

4) Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri

Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri merupakan Peningkatan kunjungan pasien di unit pelayanan psikogeriatri. Indikator pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	0% (-8,5%)	0%

Deskripsi Analisa:

Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri

$$\begin{aligned}
 & \text{Jumlah pengguna layanan psikogeriatri tahun berjalan} - \\
 & = \frac{\text{jumlah pengguna layanan psikogeriatri tahun sebelumnya} - \text{jumlah pengguna layanan psikogeriatri tahun sebelumnya}}{\text{jumlah pengguna layanan psikogeriatri tahun sebelumnya}} \times 100\% \\
 & = \frac{2371 - 2590}{2590} \times 100\% \\
 & = \frac{-219}{2590} \times 100\% = -8.5\%
 \end{aligned}$$

Layanan psikogeriatri pada tahun 2020 tidak mengalami pertumbuhan yaitu minus 8,5%. Salah satu faktor penyebab yang signifikan adalah kondisi pandemi. Pasien lansia lebih untuk menjaga diri dengan tidak melakukan mobilitas dan berinteraksi secara leluasa, untuk menjaga adanya paparan infeksi covid 19.

Permasalahan:

Tidak ada pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri, disebabkan:

- Jejaring rujukan pasien dari dinas sosial geriatri terhenti, akibat kebijakan dimasa pandemi covid 19
- Kondisi pandemi membuat Lansia enggan untuk berkunjung ke RS kecuali sangat membutuhkan.
- Perubahan lokasi pelayanan psikogeriatri, kurang akomodatif untuk pasien lansia, karena terletak di lantai 2 (meskipun ada lift) dan akses yang menjadi satu dengan pasien jiwa dewasa.

Rencana Tindak Lanjut:

- Koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan (Telepon, kunjungan ke jejaring rujukan).
- Optimalisasi telemedicine (memperluas sasaran telemedicine, promosi layanan telemedicine)

- Penataan ruang pelayanan yang berorientasi keselamatan dan kepuasan pasien.

Capaian Instalasi Psikogeriatri

Tabel Capaian Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Peningkatan kualitas hidup pasien di ruang rawat inap	80%	100%	100%
2.	Angka rehospitalisasi pasien rawat inap psikogeriatri	<20%	1,21%	100%
3.	Lama rawat inap pasien psikogeriatri dengan komorbid penyakit fisik 6 minggu	80%	20%	25%
4.	Peningkatan status fungsional pasien rawat inap psikogeriatri	80%	100%	100%
5.	Persentase tempat tidur di ranap psikogeriatri dengan pengaman	100%	53,61%	53,61%
6.	Waktu tunggu layanan daycare	60 Menit	31,63 menit	100%

Taberbandingan Realisasi Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020 dibandingkan tahun sebelumnya

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Peningkatan kualitas hidup pasien di ruang rawat inap	80%	98,11%	100%	80%	100%	100%
2.	Angka rehospitalisasi pasien rawat inap psikogeriatri	<20%	2,61%	100%	<20%	1,21%	100%
3.	Lama rawat inap pasien psikogeriatri dengan komorbid penyakit fisik 6 minggu	80%	97,21%	100%	80%	20%	25%
4.	Peningkatan status fungsional pasien rawat inap psikogeriatri	80%	97,28	100%	80%	100%	100%
5.	Persentase tempat tidur di ranap psikogeriatri dengan pengaman	100%	51,73%	51.73%	100%	53,61%	53,61%
6.	Waktu tunggu layanan daycare	60menit	56,66menit	100%	60menit	31,63menit	100%

Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2020 capaian kinerja Instalasi Psikogeriatri dapat dilihat dari capaian indikator kinerja sebagai berikut :

1. Peningkatan kualitas hidup pasien di ruang rawat inap target pertahun 80%, dan realisasi pada tahun 2020 adalah 100%. Capaian ini memenuhi target yang ditetapkan, yaitu memenuhi capaian 100% dari target yang ditetapkan.
2. Angka rehospitalisasi pasien rawat inap psikogeriatri target pertahun kurang dari 20% dan realisasi pada tahun 2020 adalah 1,21%. Capaian ini memenuhi target yang ditetapkan, yaitu memenuhi capaian 100% dari target yang ditetapkan.
3. Lama rawat inap pasien psikogeriatri dengan komorbid penyakit fisik 6 minggu target pertahun 80%, dan realisasi pada tahun 2020 adalah 20%. Capaian ini belum memenuhi target yang ditetapkan, karena capaian hanya 25% dari target yang ditetapkan.
4. Peningkatan status fungsional pasien rawat inap psikogeriatri target pertahun 80% dan realisasi pada tahun 2020 adalah 100%. Capaian ini memenuhi target yang ditetapkan, yaitu memenuhi capaian 100% dari target yang ditetapkan.
5. Persentase tempat tidur di ranap psikogeriatri dengan pengaman target pertahun 100%, dan realisasi pada tahun 2020 adalah 53,61%. Capaian ini belum memenuhi target yang ditetapkan , karena capaian hanya 53,61 % dari target yang ditetapkan.
6. Waktu tunggu layanan daycare target pertahun 60 menit, dan realisasi pada tahun 2020 adalah 31,63 menit. Capaian ini memenuhi target yang ditetapkan, yaitu memenuhi capaian 100 % dari target yang ditetapkan.

Permasalahan :

Analisa perbandingan capaian Kinerja tahun 2019 dan tahun 2020 sebagai berikut:

1. Realisasi capaian indikator peningkatan kualitas hidup pasien di ruang rawat inap pada tahun 2020 lebih baik dari tahun 2019. Karena pada tahun 2020 pasien yang mrs di skrining dengan baik untuk masuk di ruang perawatan psikogeriatri.
2. Angka rehospitalisasi pasien rawat inap psikogeriatri pada tahun 2020 lebih baik dari tahun 2019. Karena pada tahun 2020 pasien yang mrs di skrining dengan baik untuk masuk di ruang perawatan psikogeriatri.
3. Lama rawat inap pasien psikogeriatri dengan komorbid penyakit fisik 6 minggu pada tahun 2019 lebih baik daripada tahun 2020. Karena pada tahun 2020 ditutupnya ruang bismo akibat kebijakan pada saat pandemi sehingga data yang masuk hanya sampai data selama ruang bismo beroperasi.

4. Peningkatan status fungsional pasien rawat inap psikogeriatri pada tahun 2020 lebih baik dari tahun 2019. Karena pada tahun 2020 pasien yang mrs di skrining dengan baik untuk masuk di ruang perawatan psikogeriatri.
5. Persentase tempat tidur di ranap psikogeiatri dengan pengaman pada tahun 2020 lebih baik daripada tahun 2019. Karena pada tahun 2020 ditutupnya ruang bismo dan ruang betet akibat kebijakan pada saat pandemi sehingga data yang masuk hanya sampai data selama ruang bismo dan ruang betet beroperasi.
6. Waktu tunggu layanan daycare pada tahun 2020 lebih baik daripada tahun 2019. karena pada tahun 2020 klinik sub spesialis bergabung menjadi 1 dan buka 5 hari kerja sehingga pelayanan klinik jadi terpadu dan terfokus di satu titik.

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa, dari 6 indikator mutu/kinerja pada tahun 2020, 2 indikator belum memenuhi memenuhi target, dan 4 indikator capaiannya telah memenuhi target yang telah ditetapkan. Hal ini tidak terlepas dari beberapa kendala / hambatan selama tahun 2020 yaitu faktor pandemi Covid-19 secara langsung berdampak pada penutupan beberapa ruang rawat inap

Rencana Tindaklanjut :

Atas permasalahan di atas, diuraikan langkah-langkah strategis sebagai rencana tindaklanjut sebagai berikut :

1. Merumuskan dan menerapkan standar pelayanan baru (*new normal*) ruang perawatan instalasi psikogeriatri, yang terintegrasi dengan protokol kesehatan untuk meningkatkan efektifitas pelayanan.
2. Meningkatkan motivasi dan kompetensi petugas pelayanan di ruang perawatan instalasi psikogeriatri, dengan mengikutsertakan dalam pelatihan keperawatan geriatri untuk mencapai pelayanan yang prima dan profesional.
3. Koordinasi dengan unit terkait serta tim pemasaran terkait dengan pengembangan strategi pemasaran produk layanan klinik, layanan wisata jiwa, dan layanan asuhan siang (*daycare*) melalui promosi, untuk meningkatkan kunjungan pasien/pelanggan.
4. Melakukan pemeliharaan dan kalibrasi Alkes di ruang perawatan instalasi psikogeriatri dan klinik adiyuswa secara berkala (terjadwal), untuk menunjang kehandalan dan kesiapan sarana prasarana dalam kegiatan pelayanan.

Capaian Instalasi Rawat Inap

Tabel Capaian Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020

Indikator Mutu/Kinerja	Target	Capaian	Realisasi
Assesmen Awal Pasien Rawat Inap 100%	100%	100,00%	2671
			2671

Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri 100%	100%	100,00%	223320
			223320
Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%	100%	100,00%	21190
			21190
Voluntary admission untuk pasien yang masuk dari rawat jalan < 5%	< 5%	0,60%	49
			8105
Kejadian pasien lari 0	0	0,17%	5
			2936
Nett death rate (ndr) ≤ 24‰	≤ 24‰	0,17%	5
			2936
Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri 0	0	0,00%	0
			1568
Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri 100%	100%	100,00%	49
			49
Prosentase Notifikasi EWS yang ditindaklanjuti 100%	100%	100,00%	42235
			42235
Kejadian reaksi transfusi 0,01%	0,01%	0,00%	0
			67
Kejadian infeksi aliran darah perifer (phlebitis) ≤ 5‰	≤ 5‰	1,04%	10
			959
Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 7 Hari ≥ 85 %	≥ 85 %	116,43%	1403
			1205
Kejadian cedera/trauma fisik akibat tindakan fiksasi ≤ 1,5 %	≤ 1,5 %	0,00%	0
			789
Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Ruang Perawatan Intensif Psikiatri ≥ 95%	≥ 95%	0,96%	53
			5503
Kepatuhan Terhadap Hand Hygiene 100%	100%	100,00%	40005
			40005
Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas ≥ 75%	≥ 75%	99,84%	36546
			36606
Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi 100%	100%	100,00%	99583
			99583

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020 dibandingkan tahun sebelumnya

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1	Assesmen Awal Pasien Rawat Inap 100%	100%	5813	100,00%	100%	2671	100%
			5813			2671	
2	Re-Asesmen Pasien	100%	4395	100,00%	100%	223320	100%

	Risiko Bunuh Diri 100%		4395			223320	
3	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%	100%	463437	100,00%	100%	21190	100%
			463437			21190	
4	Voluntary admission untuk pasien yang masuk dari rawat jalan < 5%	5%	0	100,00%	< 5%	49	1%
			460542			8105	
5	Kejadian pasien lari 0	0%	479	3,59%	0%	5	0,17%
			13354			2936	
6	Nett death rate (ndr) ≤ 24‰	≤ 2,4%	13	0,42%	≤ 24‰	5	1,7%
			3081			2936	
7	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri 0	0%	0	0,00%	0%	0	0%
			13354			1568	
8	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri 100%	100%	5	100,00%	100%	49	100%
			5			49	
9	Prosentase Notifikasi EWS yang ditindaklanjuti 100%	≥100%	13354	100,00%	100%	42235	100%
			13354			42235	
10	Kejadian reaksi transfusi 0,01%	≤5%	4	0,03%	0%	0	0%
			13354			67	
11	Kejadian infeksi aliran darah perifer (phlebitis) ≤ 5‰	≤5%	40	0,30%	≤ 5‰	10	1%
			13533			959	
12	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 7 Hari ≥ 85 %	≥85%	3960	92,31%	≥ 85 %	1403	116%
			4290			1205	
13	Kejadian cedera/trauma fisik akibat tindakan fiksasi ≤ 1,5 %	≤1,5%	0	0,00%	≤ 1,5 %	0	0%
			22			789	
14	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Ruang Perawatan Intensif Psikiatri ≥ 95%	≤ 95%	20	98%	≥ 95%	53	96%
			1669			5503	
15	Kepatuhan Terhadap Hand Hygiene 100%	100%	28549	100,00%	100%	40005	100%
			28549			40005	
16	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas ≥ 75%	≥ 75%	153294	99,23%	≥ 75%	36546	100%
			154479			36606	
17	Identifikasi Pasien	100%	27310	100,00%	100%	99583	100%

	Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi 100%		27310			99583	
--	--	--	-------	--	--	-------	--

Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2020 capaian kinerja di instalasi rawat inap dapat dilihat dari capaian indikator kinerja sebagai berikut :

- Indikator Assessmen Awal Pasien Rawat Inap dengan target 2671 pasien di tahun 2020, dengan realisasi 2671 pasien dengan capaian sesuai target yaitu 100%
- Indikator Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri dengan target 223320 pasien ditahun 2020, dengan realisasi 223320 pasien dengan capaian 100%
- Indikator Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh dengan target 21190 pasien ditahun 2020, dengan realisasi 21190 pasien, dengan capaian 100%
- Voluntary admission untuk pasien yang masuk dari rawat jalan ada 49 pasien dari 8105 pasien ditahun 2020, capaian ini memenuhi bahkan dibawah target yaitu 1% dari target < 5%
- Indikator pasien Kejadian pasien lari di tahun 2020 ada 5 pasien dari 2936 yaitu dengan target 0,17% sehingga tidak memenuhi target yang ditargetkan 0%
- Indikator Nett death rate (ndr) $\leq 24\%$ pada tahun 2020 dengan realisasi 5 pasien dari 2936 dengan capaian 1,7 %, sehingga masih memenuhi target dibawah $\leq 24\%$
- Indikator Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri pada tahun 2020 realisasi 0 dari 1568 pasien dengan capaian 0 % sehingga sudah memenuhi target yaitu 0%.
- Indikator Prosentase Notifikasi EWS yang ditindaklanjuti di tahun 2020 42235 pasien dari 42235 pasien sehingga dengan capaian 100%, dengan target $\geq 100\%$.
- Indikator Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri pada tahun 2020 dengan realisasi 42235 pasien dari 42235 pasien, sehingga capaian 100% dengan target 100%
- Indikator Kejadian reaksi transfusi pada tahun 2020 dengan realisasi 0 pasien dengan capaian 0% sehingga memenuhi target 0,01%
- Indikator Kejadian infeksi aliran darah perifer (phlebitis) pada tahun 2020 realisasi 10 pasien dari 959 pasien dengan capaian 1,4‰ sehingga sudah memenuhi target $\leq 5\%$
- Indikator Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 7 Hari pada tahun 2020 dengan realisasi 1403 pasien dari 1205 pasien sehingga capaian 116% dimana target yang diharapkan sudah memenuhi $\geq 85\%$

- Indikator Kejadian cedera/trauma fisik akibat tindakan fiksasi pada tahun 2020 realisasi 0 pasien dari 789 pasien yang difiksasi, sehingga capaian sesuai dengan target yang diinginkan yaitu 0%
- Indikator Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Ruang Perawatan Intensif Psikiatri pada tahun 2020 realisasi 53 pasien dari 5503 sehingga capaian 96% dengan demikian masih diatas target yang diharapkan yaitu $\geq 95\%$.
- Indikator Kepatuhan Terhadap Hand Hygiene pada tahun 2020 realisasi 40005 pegawai dari 40005 yang di survai sehingga capaian 100%, dengan demikian sesuai dengan target yang diharapkan yaitu 100%.
- Indikator Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas di tahun 2020 realisasi 36546 pegawai yang disurvei dari 36546 pegawai, dengan capaian 100%, sehingga sesuai target yang di harapkan yaitu $\geq 75\%$
- Indikator Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi pada tahun 2020 realisasi 99583 pasien dari 99583 pasien, dengan capaian 100%, sehingga sesuai dengan target yang di inginkan yaitu 100%.

Analisa perbandingan capaian kinerja tahun 2019 dan tahun 2020 di instalasi rawat inap sebagai berikut :

- Realisasi capaian indikator asesmen awal pasien rawat inap pada tahun 2019 sama baiknya dibandingkan dengan capaian tahun 2020 yaitu 100%.
- Realisasi capaian indikator re asesmen pasien resiko bunuh diri pada tahun 2019 sama baiknya dibandingkan dengan capaian tahun 2020 yaitu 100%
- Realisasi capaian indikator voluntary admission untuk pasien yang masuk dari rawat jalan lebih baik dengan capaian 0% dibandingkan tahun 2020 dengan capaian 1% namun masih sesuai target yang diinginkan yaitu $< 5\%$.
- Realisasi capaian indikator Nett death rate (ndr) pada tahun 2019 adalah 0,42‰ lebih rendah dari 2020 yaitu 1,7 ‰ namun masih baik karena target masih sesuai $\leq 24\%$
- Realisasi capaian indikator Kejadian pasien lari pada tahun 2019 lebih tinggi dari 2020 dimana 2019 capaiannya 3,59% sedangkan 2020 capaiannya 0,17 ini dikarenakan 2020 saat ada pandemi dimana bor pasien menurun.
- Realisasi capaian indikator Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh pada tahun 2019 dibandingkan 2020 capaiannya sama baiknya yaitu 100%.
- Realisasi capaian indikator Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri pada tahun 2019 dibandingkan 2020 sama baiknya yaitu 0%
- Realisasi capaian indikator Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri pada tahun 2019 dibanding 2020 sama baiknya yaitu 100%

- Realisasi capaian indikator Prosentase Notifikasi EWS yang ditindaklanjuti pada tahun 2019 dibandingkan 2020 sama baiknya yaitu 100%
- Realisasi capaian indikator Kejadian reaksi transfusi pada tahun 2019 masih ada kasus capaian 0,03% namun masih baik karena masih sesuai dengan target yaitu $\leq 5\%$ dibanding pada tahun 2020 tidak ada kasus sehingga capaiannya sangat baik yaitu 0%
- Realisasi capaian indikator Kejadian infeksi aliran darah perifer (phlebitis) pada tahun 2019 ada kasus dengan capaian 0,30 ‰ dibandingkan tahun 2020 ada kasus 1 ‰ namun masih sesuai dengan target yaitu $\leq 5\%$.
- Realisasi capaian indikator Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 7 Hari pada tahun 2019 dibandingkan 2020 maka lebih baik 2020 dimana 2020 dengan capaian 116% sedangkan 2019 dengan capaian 92,31% namun 2019 dan 2020 masih sama baiknya karena masih diatas target yang diinginkan yaitu $\geq 85\%$.
- Realisasi capaian indikator Kejadian cedera/trauma fisik akibat tindakan fiksasi pada tahun 2019 sama baiknya dengan 2020 yaitu 0%.
- Realisasi capaian indikator Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Ruang Perawatan Intensif Psikiatri pada tahun 2019 lebih baik dari 2020 dimana 2019 capaiannya 98% sedangkan 2020 capaiannya 96%, namun tahun 2019 dan tahun 2020 sama baiknya karena masih sesuai dengan target yang diinginkan yaitu $\geq 95\%$,
- Realisasi capaian indikator Kepatuhan Terhadap Hand Hygiene pada tahun 2019 dibandingkan 2020 sama baiknya yaitu 100%
- Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas pada tahun 2020 lebih baik dibandingkan 2019, dimana 2020 dengan capaian 100% sedangkan 2019 dengan capaian 99,23% , namun tahun 2019 dan 2020 sama baiknya karena masih sesuai dengan target yang di inginkan yaitu $\geq 75\%$.
- Realisasi capaian indikator Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi pada tahun 2019 dibandingkan 2020 sama baiknya yaitu 100%.

Permasalahan :

Berdasarkan uraian diatas di simpulkan bahwa dari 17 indikator pada tahun 2019 dan pada tahun 2020 ada indikator pasien yang masih ada walau ada penurunan kasus dimana pada tahun 2019 ada 479 kasus pasien lari dari 13.354 pasien yang dirawat, sedangkan di tahun 2020 ada penurunan kasus ada 5 pasien lari dari 2.936 pasien yang dirawat, dengan demikian target tidak terpenuhi yang dimana target yang ditetapkan 0%. Hal ini disebabkan pengawasan yang kurang ketat terhadap pasien yang memiliki indikasi lari.

Rencana tindak lanjut :

Atas uraian diatas masih tetap membutuhkan langkah langkah rencana tindak lanjut :

- Meningkatkan pengawsan terhadap pasien, terutama pasien yang memiliki indikasi lari.
- Meningkatkan motivasi dan tanggung jawab terhadap pelayanan pasien.
- Meningkatkan kompetensi terhadap asuhan keperawatan pasien.

5) Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan

Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan merupakan persentase pelaksanaan program optimalisasi kualitas hidup lansia di kota ramah lansia yang dilaksanakan bersama dengan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Indikator Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			10%	0%	0%

Deskripsi Analisa:

Pada tahun 2020 kegiatan ini tidak dapat terlaksana, sebagai bentuk kepatuhan pada protokol kesehatan, dengan tidak melakukan kegiatan berkumpul, terlebih audiens yang dilibatkan adalah pasien lansia.

Permasalahan:

Program ini belum terlaksana karena :

- Kondisi pandemi yang berdampak adanya pelarangan dan pembatasan kegiatan berkumpul, khususnya pada warga lansia.
- Konsentrasi SDM dan sarana pendukung yang difokuskan pada pogram penanganan pandemi covid 19.
- Tidak ada inovasi yang dibuat untuk mengupayakan program ini tetap bisa berjalan di masa pandemi.

Rencana Tindak Lanjut:

- Membuat pedoman pelayanan dan time line pencapaian program.
- Monev pencapaian kegiatan dengan serius.

6) Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional

Publikasi penelitian adalah jumlah penelitian klinis maupun non klinis yang dipublikasikan dalam jurnal ilmiah baik nasional maupun internasional.

Catatan :

- Penelitian adalah kegiatan menganalisis suatu hasil yang sudah mendapat pengakuan akademik dengan data, analisa dan pendekatan teori untuk mendapatkan temuan yang baru dan lebih bermanfaat.
- Penelitian meliputi klinis dan non klinis.
- Publikasi adalah membuat konten yang diperuntukkan dalam jurnal ilmiah nasional/international sebagai bentuk pertanggungjawaban ke publik.

Indikator publikasi penelitian nasional dan / atau internasional merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Publikasi penelitian nasional dan / atau internasional	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			2	2	100%

Deskripsi Analisa:

Publikasi hasil penelitian yang telah dilakukan pada tahun ini terpenuhi 2 target untuk 2 publikasi hasil penelitian

Permasalahan:

Faktor-faktor yang mendukung ketercapaian target pada indikator pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan adalah adanya penelitian dari pegawai RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang untuk penelitian manajemen dan klinis. Saat ini masih kurangnya penelitian translasional yang dilakukan oleh pegawai karena masih kurangnya minat meneliti dan belum teridentifikasi permasalahan yang dapat dijadikan judul penelitian.

Rencana Tindak Lanjut:

Untuk meningkatkan capaian pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan dengan melakukan kegiatan sebagai berikut :

- Mengalokasikan kegiatan penelitian dan diterbitkan dalam surat keputusan
- Menarik minat peneliti dengan memberikan reward bagi peneliti yang hasil penelitiannya dipublikasikan dalam jurnal
- Melakukan identifikasi permasalahan di organisasi yang dapat dijadikan judul penelitian

- Optimalisasi Kerjasama dengan institusi Pendidikan untuk membuka jalur publikasi penelitian.

7) Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa

Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa merupakan terwujudnya kemitraan dengan institusi dalam penelitian kesehatan jiwa dalam bentuk kerjasama (PKS) maupun penelitian bersama. Adapun capainnya sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	1	2	200%	1	1	100%

Deskripsi Analisa:

Capaian indikator terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa pada tahun 2020 tercapai 1 institusi, yaitu dengan menjalin perjanjian kerjasama dengan FK UB. Adanya institusi-institusi pendidikan yang sudah melakukan kerjasama dengan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat akan mempermudah pelaksanaan kerjasama

Faktor pendukung terjalinnnya kerjasama dengan institusi pendidikan ini adalah karena penelitian merupakan salah satu dari Tri Dharma Perguruan Tinggi yang juga wajib dilaksanakan.

Permasalahan:

Meski indikator terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa tercapai, namun kerjasama penelitian dengan institusi pendidikan dirasakan belum berjalan secara optimal, meski banyak institusi Pendidikan yang telah bekerja sama dengan RSJ dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Rencana Tindak Lanjut:

Untuk meningkatkan capaian terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa dengan melakukan kegiatan sebagai berikut :

- Optimalisasi Kerjasama penelitian dengan institusi pendidikan melalui penelitian bersama tentang kesehatan jiwa (misalnya penelitian dengan Fakultas Kedokteran, keperawatan)
- Memasukkan unsur kerjasama penelitian dalam setiap kerjasama dengan institusi Pendidikan

8) Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa

Indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	7%	70%

Deskripsi Analisa:

Indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa pada tahun 2020 tercapai 7%, hal ini dikarenakan adanya kebijakan penundaan kepaniteraan klinik secara offline oleh semua institusi pendidikan disebabkan adanya pandemi covid 19 sehingga pelaksanaan kepaniteraan klinik secara daring. Hal ini berimbas pada Jumlah mahasiswa institusi pendidikan kedokteran yang melaksanakan pembelajaran daring terbatas serta Mahasiswa keperawatan dan non medis belum ada yang melaksanakan praktek klinik.

Permasalahan:

Faktor yang menjadi hambatan atau kendala dalam mencapai target yaitu faktor pandemi Covid-19 secara langsung berdampak pada penurunan jumlah peserta didik tidak hanya kedokteran namun juga peserta didik keperawatan dan non medis. Kebijakan pemerintah dalam hal pendidikan juga mempengaruhi kebijakan institusi dan kebijakan Rumah Sakit untuk menerima peserta didik. Rumah Sakit mengeluarkan kebijakan untuk tidak menerima peserta didik secara luring hingga bulan November 2020. Selama masa pandemi Covid-19, pendidikan dilaksanakan secara daring. Sedangkan pelaksanaan pendidikan secara daring tidak dapat diakomodir oleh semua institusi pendidikan karena muatan pendidikan yang diharapkan adalah muatan skill atau ketrampilan klinis. Sehingga keberadaan RS sebagai wahana pembelajaran klinik memerlukan banyak penyesuaian baik dari segi kurikulum maupun sarana prasarana dan SDM nya. Hal ini membuat Rumah Sakit Pendidikan beradaptasi dengan menyelenggarakan kepaniteraan klinik secara *blended learning*.

Rencana Tindak Lanjut:

Adapun upaya-upaya yang akan dilakukan untuk mengejar capaian tersebut yaitu dengan :

- Rumah Sakit sebagai wahana pembelajaran klinik mulai membuka pembelajaran klinik dengan kombinasi daring dan luring (*blended learning*)
- Melakukan evaluasi kesiapan sarana prasarana, sistem dan SDM untuk pelaksanaan praktek klinik secara luring di Rumah Sakit
- Melakukan koordinasi dengan CI dan institusi Pendidikan untuk pembelajaran pre klinik

Capaian Sub Bagian Pengembangan SDM, Pendidikan, dan Penelitian**Tabel Capaian Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020**

NO	INDIKATOR MUTU	TAHUN 2020		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Pertumbuhan Peneilitian Yang dipublikasikan	2	2	100%
2	Kepuasan pelanggan/peserta didik	85%	86%	101%
3	Rata-rata jam pelatihan karyawan > 20 jam / tahun	80%	88,30%	110%
4	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) Medis	90%	100,00%	111%
5	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) Keperawatan dan Non Medis	90%	100,00%	111%
6	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat ToT	75%	87,50%	117%
7	Pertumbuhan Peserta Pendidikan Kedokteran	1,1	0,70	64%
8	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pendidikan Pasangan Kedokteran	80%	50,00%	63%
9	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pendidikan Pasangan Keperawatan dan Non Medis	80%	100,00%	125%
10	Supervisi CI terhadap praktikan mahasiswa Medis	100%	100,00%	100%
11	Supervisi CI terhadap praktikan mahasiswa Keperawatan dan Non Medis	100%	100,00%	100%

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020 dibandingkan tahun sebelumnya

NO	INDIKATOR MUTU	TAHUN 2019			TAHUN 2020		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Pertumbuhan Penelitian Yang dipublikasikan	\geq 1,1/tahun	2	182%	\geq 2/tahun	2	100%
2	Kepuasan pelanggan/peserta didik	\geq 85%	84,00%	99%	\geq 85%	86%	101%

3	Rata-rata jam pelatihan karyawan > 20 jam / tahun	≥ 80% /tahun	239,50%	299%	≥ 80% /tahun	88,30%	110%
4	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) Medis	≥ 90% / bulan	98,50%	109%	≥ 90% / bulan	100,00%	111%
5	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) Keperawatan dan Non Medis	≥ 90% / bulan	93,89%	104%	≥ 90% / bulan	100,00%	111%
6	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat ToT	≥ 75% /tahun	14,30%	19%	≥ 75% /tahun	87,50%	117%
7	Pertumbuhan Peserta Pendidikan Kedokteran	≥ 1,1/tahun	0,96	87%	≥ 1,1/tahun	0,70	64%
8	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pendidikan Pasangan Kedokteran	≥ 80% /tahun	66,70%	83%	≥ 80% /tahun	50,00%	63%
9	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pendidikan Pasangan Keperawatan dan Non Medis	≥ 80% /tahun	100,00%	125%	≥ 80% /tahun	100,00%	125%
10	Supervisi CI terhadap praktikan mahasiswa Medis	100%	100,00%	100%	100%	100,00%	100%
11	Supervisi CI terhadap praktikan mahasiswa Keperawatan dan Non Medis	100%	100,00%	100%	100%	100,00%	100%

Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2020 capaian indikator mutu bagian SDM Pendidikan dan penelitian dapat dilihat dari capaian indikator sebagai berikut:

- Indikator pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan dengan target 2 publikasi per tahun tercapai 2 publikasi pada tahun 2020. Capaian ini memenuhi target yang ditetapkan dengan persentase 100% capaian.
- Indikator Kepuasan pelanggan/peserta didik dengan target ≥ 85%, tercapai dalam satu tahun rata-rata kepuasan pelanggan 86%. Capaian ini melampaui target yang ditetapkan dengan persentase capaian 101%

- Indikator Rata-rata jam pelatihan karyawan > 20 jam / tahun dengan target $\geq 80\%$ karyawan mendapat pelatihan > 20 jam pertahun tercapai 88,3%. Capaian ini melampaui target yang ditetapkan dengan persentase capaian 110%
- Indikator Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) Medis, keperawatan dan non medis dengan target 90% tercapai rata-rata 100%. Capaian ini melampaui target yang ditetapkan dengan persentase capaian 111%.
- Indikator Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat ToT dengan target 75% tercapai 87,50%. Capaian ini melampaui target yang ditetapkan dengan persentase capaian 117%.
- Indikator Pertumbuhan Peserta Pendidikan Kedokteran dengan target pertumbuhan 1,1 pertahun tercapai 0,7. Capaian ini menurun dibanding target dengan persentase capaian 64%.
- Indikator Supervisi Pendidikan dari Institusi Pendidikan Pasangan Kedokteran dengan target $\geq 80\%$, tercapai 50%. Capaian ini menurun dibanding target dengan persentase capaian 63%
- Indikator Supervisi Pendidikan dari Institusi Pendidikan Pasangan Keperawatan dan Non medis dengan target $\geq 80\%$, tercapai 100%. Capaian ini melampaui target dengan persentase capaian 125%
- Indikator Supervisi CI terhadap praktikan mahasiswa Medis, keperawatan dan non medis dengan target 100% tercapai 100%. Capaian ini memenuhi target dengan persentase capaian 100%.

Analisa perbandingan capaian kinerja tahun 2019 dan tahun 2020:

- Realisasi capaian Indikator pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan pada tahun 2020 sama dengan capaian tahun 2019
- Realisasi capaian indikator kepuasan pelanggan/ peserta didik pada tahun 2020 lebih baik dari tahun 2019, hal ini dipengaruhi oleh bentuk pembelajaran mulai pertengahan Maret-Desember 2020 menggunakan pembelajaran daring yang dianggap lebih efisien dalam hal waktu, tenaga dan meminimalkan resiko tertular pada masa pandemic
- Realisasi capaian indikator Rata-rata jam pelatihan karyawan > 20 jam / tahun 2019 lebih baik dibanding capaian tahun 2020. Hal ini disebabkan pada tahun 2020 terjadi pandemic covid 19, dimana ada efisiensi anggaran pelatihan dan pembatasan kegiatan pelatihan secara luring (dilaksanakan secara daring). Namun capaian pada tahun 2020 masih melampaui target karena pelatihan yang diselenggarakan berupa in house training
- Realisasi capaian indikator Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan (EPP) Medis, keperawatan dan non medis pada tahun 2020 lebih baik dibanding tahun 2019

- disebabkan karena tidak terlalu banyak kegiatan pelatihan yang dilakukan evaluasi sehingga lebih mudah dalam pengumpulan data
- Realisasi capaian indikator Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat ToT pada tahun 2020 lebih baik dibanding capaian tahun 2019 disebabkan adanya institusi Pendidikan yang melaksanakan TOT bagi seluruh pembimbing klinis kedokteran
 - Realisasi capaian indikator Pertumbuhan Peserta Pendidikan Kedokteran pada tahun 2020 menurun dibanding capaian tahun 2019 disebabkan adanya pandemic covid 19 menyebabkan institusi Pendidikan menghentikan sementara kegiatan praktek secara luring
 - Realisasi capaian indikator Supervisi Pendidikan dari Institusi Pendidikan Pasangan Kedokteran pada tahun 2020 menurun dibanding capaian tahun 2019 disebabkan masa pandemi covid 19 terdapat masa penundaan kepaniteraan dan supervisi karena pembelajaran klinik menjadi pembelajaran daring
 - Realisasi capaian indikator Supervisi Pendidikan dari Institusi Pendidikan Pasangan keperawatan dan Non medis pada tahun 2020 sesuai dengan target yang ditetapkan
 - Realisasi capaian indikator Supervisi CI terhadap praktikan mahasiswa Medis, keperawatan dan non medis pada tahun 2020 tetap sesuai dengan target yang sudah ditetapkan

Secara umum capaian indikator mutu di bagian SDM, Pendidikan dan Penelitian dalam mendukung capaian outcome pada tahun 2020 dipengaruhi oleh situasi pandemic covid 19. Pelaksanaan kegiatan juga membutuhkan koordinasi dengan pihak eksternal sehingga tidak semua indikator bisa mencapai target. Namun dari segi kualitas diupayakan bisa mencapai target bahkan melebihi target.

Permasalahan :

Faktor-faktor yang mendukung ketercapaian target pada indikator pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan adalah adanya penelitian dari pegawai RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang untuk penelitian manajemen dan klinis. Sedangkan capaian diatas target untuk kepuasan peserta didik didapatkan saat masa pandemic covid 19 dimana pembelajaran dilakukan secara daring. Pilihan ini dianggap lebih efektif dan efisien serta aman dari resiko penularan meski muatan ketrampilan klinis belum bisa didapatkan secara maksimal.

Capaian rata-rata jam pelatihan karyawan lebih dari 20 jpl per tahun dicapai menjelang akhir tahun dengan pelaksanaan pelatihan wajib 3 kemampuan dasar bagi seluruh pegawai RS. Supervisi Pendidikan keperawatan dan non medis yang capaiannya melebihi target disebabkan adanya institusi yang melaksanakan

supervisi lebih dari 1 kali, namun hal ini dilaksanakan sebelum masa pandemi Covid 19 (kurun waktu Januari-Maret 2020). Pada masa pandemic covid 19, institusi Pendidikan keperawatan dan non medis meliburkan sementara kegiatan praktek klinik. Persentase dokdiknis yang mendapat TOT juga melampaui target karena didukung kegiatan ToT yang diselenggarakan oleh institusi Pendidikan jejaring dan diikuti oleh hampir seluruh pembimbing klinis.

Pada pelaksanaan pengembangan kompetensi pegawai juga memerlukan penyesuaian dalam tatanan normal baru sehingga hanya beberapa kegiatan bisa dilaksanakan. Pelaksanaan kegiatan dengan metode daring, luring maupun *blended learning* dengan menerapkan protokol pencegahan penyebaran Covid 19.

Rencana Tindaklanjut :

Berdasarkan uraian permasalahan diatas maka disusun Langkah-langkah strategis sebagai tindaklanjut permasalahan yaitu:

- Untuk meningkatkan capaian pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan dengan mengalokasikan kegiatan penelitian dan diterbitkan dalam surat keputusan, menarik minat peneliti dengan memberikan reward bagi peneliti yang hasil penelitiannya dipublikasikan dalam jurnal.
- Meningkatkan Kerjasama penelitian dengan institusi Pendidikan menjadi salah satu strategi meningkatkan capaian publikasi penelitian
- Untuk mempertahankan bahkan meningkatkan capaian kepuasan peserta didik dalam pembelajaran klinik maka aspek sarana prasarana pembelajaran perlu diperbaiki karena pembelajaran secara luring sudah mulai dilaksanakan. Akomodasi yang menerapkan protocol Kesehatan juga perlu mendapat perhatian agar peserta didik dapat belajar dengan suasana nyaman, kebersihan dan keamanan terjamin, membuka layanan laundry bagi peserta didik.
- Pengembangan kompetensi pegawai juga perlu dilakukan penyesuaian di masa pandemic misalnya dengan pelaksanaan pelatihan secara daring, *blended learning*, *coaching* dan sebagainya serta diutamakan menyelenggarakan pelatihan internal/ in house training agar tercapai muatan minimal 20 jpl untuk setiap pegawai
- Menyelenggarakan pelatihan terakreditasi dengan pengampu, selain untuk meningkatkan kompetensi pegawai, keuntungan yang didapat oleh SDM adalah mendapatkan angka kredit. Bagi institusi akreditasi pelatihan juga persyaratan untuk mendapatkan akreditasi institusi penyelenggara pelatihan
- Inovasi untuk efektifitas dan efisiensi layanan di SDM Pendidikan dan penelitian:
 - a. Mengintegrasikan sistem informasi kepegawaian dan sistem informasi pelatihan menjadi satu tampilan untuk memudahkan pencarian data terkait

kepegawaian dan pengembangan kompetensinya sesuai tupoksi SDM Pendidikan dan penelitian

- b. Mengembangkan penilaian kinerja pegawai secara elektronik dengan informasi remunerasi pegawai (e-remunerasi)
- c. Mengefisiensi penggunaan kertas dan dalam upaya menerapkan pencegahan penyebaran covid 19 dengan mengoptimalkan penggunaan *Google Form* dalam Survey kepuasan pelanggan, pegawai, evaluasi pasca pelatihan.

9) Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan

Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan merupakan jumlah pasien yang di rujuk oleh jejaring pelayanan (yang mempunyai perjanjian kerjasama dengan RSJRW) di unit rawat jalan dan IGD. Indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		40%	62,60%	156,5%

Deskripsi Analisa:

Indikator peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan pada tahun 2020 tercapai 62,60%. Program ini tercapai melebihi target, karena:

- kontribusi jejaring rujukan untuk pasien jiwa umum masih berjalan dengan baik meskipun dimasa pandemi, hanya saja volumenya memang berkurang dibandingkan tahun 2019.
- adanya upaya - upaya untuk memastikan bahwa pelayanan di RSJ RW memperhatikan aspek pencegahan paparan covid 19 yang berdampak pada kepercayaan jejaring rujukan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan.
- Membangun image bahwa pelayanan di RSJ RW antisipatif terhadap pencegahan paparan covid 19 (membuat poster prosedur layanan di masa pandemi)

Capaian Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020 dibandingkan tahun sebelumnya

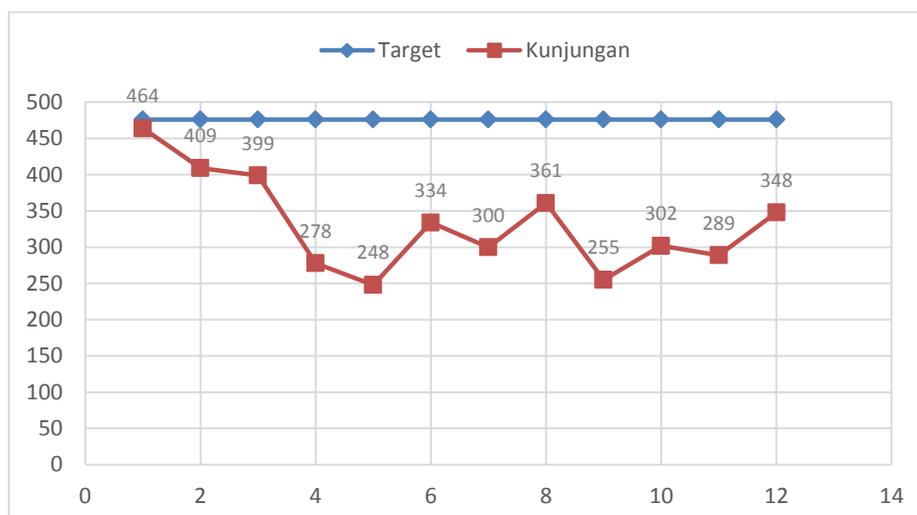
No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan pasien IGD	5256	5195	98 %	5714	3987	69 %

Deskripsi Analisa :

1. Pada tahun 2020 capaian kinerja Instalasi gawat Darurat dapat dilihat dari indikator kinerja dari Instalasi Gawat Darurat jumlah kunjungan pasien IGD, dengan target kunjungan pertahun sejumlah 5714 orang dan realisasi pada tahun 2020 sejumlah 3987. Capaian ini tidak memenuhi target karena hanya tercapai sebesar 69% dari target yang telah ditetapkan.
2. Analisa perbandingan capaian kinerja tahun 2019 dan tahun 2020 di Instalasi Gawat Darurat didapatkan realisasi capaian indikator jumlah kunjungan pasien IGD pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020, dimana pada tahun 2019 capaiannya hampir mencapai target yang telah ditentukan. Hal ini diakibatkan karena sejak tahun 2020 mengalami pandemi Covid-19 sehingga kegiatan mobilisasi di masyarakat sangat.

Permasalahan :

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa, indikator kinerja di Instalasi Gawat Darurat yakni jumlah kunjungan pasien IGD pada tahun 2020 tidak memenuhi target. Hal ini tidak terlepas dari beberapa kendala selama tahun 2020 yaitu faktor pandemi Covid-19 secara langsung berdampak pada jumlah kunjungan pasien IGD, serta tidak terlepas kebijakan-kebijakan pemerintah dalam pembatasan sosial untuk mengurangi penyebaran Covid-19 yang berimbas pada terbatasnya mobilisasi aktifitas masyarakat di luar. Dampak pandemi Covid-19 terhadap kunjungan pasien IGD, seperti tergambar pada grafik di bawah :

Grafik. Jumlah Kunjungan IGD Januari-Desember 2020**Rencana Tindaklanjut :**

Atas permasalahan di atas, diuraikan langkah-langkah strategis sebagai rencana tindaklanjut sebagai berikut :

1. Menerapkan standar pelayanan baru dengan menyesuaikan kondisi pandemi Covid-19 seperti situasi saat ini.
2. Meningkatkan kompetensi pegawai yang bertugas di IGD untuk mencapai pelayanan yang prima dan profesional.
3. Melakukan pelatihan internal secara berkala terkait dengan kondisi pandemi Covid-19 meliputi pelatihan terkait dengan penggunaan APD.

10) Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri

Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri merupakan persentase rata-rata peningkatan kompetensi RS yang diampu dalam layanan psikogeriatri berbasis rumah sakit sesuai dengan pedoman pengampunan psikogeriatri RSJRW. Indikator tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri			Belum ada dalam Perjanjian Kinerja	30%	0%	0%

Deskripsi Analisa:

Pada tahun 2020 realisasi tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri sebesar 0% karena kegiatan ini belum bisa terlaksana.

Permasalahan:

Indikator tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW belum terlaksana karena belum ada konsep dan pedoman terkait program pengampunan.

Rencana Tindak Lanjut:

Rencana yang akan dilakukan agar indikator tersebut dapat tercapai yaitu koordinasi untuk penataan konsep pelaksanaan program dengan melibatkan direksi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

11) Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent*

Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* merupakan jumlah unit kerja yang melakukan inovasi pelayanan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan dan orientasi kerja dan mengalami peningkatan dalam indikator *service excellent* (kepuasan pelanggan, peningkatan mutu layanan dan/atau peningkatan pendapatan). Indikator jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		2	4	200%

Deskripsi Analisa:

Indikator jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* tercapai 200%. Inovasi tersebut yaitu Telemedicine, Wisata Jiwa, pengelolaan rawat inap Covid-19 dan penatalaksanaan *screening* Covid-19. Program ini tercapai melebihi target. Faktor yang mendukung adalah:

- adanya komitmen untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- adanya dukungan pembiayaan dan sarana prasarana yang memadai.

Rencana Tindak Lanjut:

Rencana yang akan dilakukan agar inovasi pada unit kerja tercapai yaitu:

- Membangun budaya mendengar keluhan pasien bagi SDM pemberi layanan
- Membangun komitmen untuk implementasi PDCA

12) Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa

Indikator terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa merupakan indikator baru dalam perjanjian kinerja tahun 2020. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			10%	0% (-16%)	0%

Deskripsi Analisa:

Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa

$$\begin{aligned}
 & \frac{(\text{Jumlah kunjungan dan pemeriksaan pelayanan keswa tahun berjalan} - \text{Jumlah kunjungan dan pemeriksaan pelayanan keswa tahun sebelumnya})}{\text{Jumlah kunjungan dan pemeriksaan pelayanan keswa tahun sebelumnya}} \times 100\% \\
 &= \frac{(28304 - 33708)}{33708} \times 100\% \\
 &= \frac{-5404}{33708} \times 100\% = -16\%
 \end{aligned}$$

Pertumbuhan layanan kesehatan jiwa tidak mencapai target, bahkan minus 16%. Salah satu faktor penyebabnya adanya kondisi pandemi.

Permasalahan:

Indikator terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa tidak tercapai, karena:

- Kondisi pandemi yang berdampak pada berkurangnya rujukan pasien dari jejaring rujukan, pembatasan mobilitas pasien, kurangnya kepercayaan masyarakat bahwa berkunjung ke rumah sakit masih aman terhadap kesehatan.
- Inovasi yang dibuat belum sepenuhnya menyentuh semua lapisan konsumen, sebagai contoh pelayanan telemedicine baru bisa dimanfaatkan oleh pasien dengan pembiayaan umum, yang dalam hal ini proporsinya tidak banyak.

Rencana Tindak Lanjut:

- Koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan (Telepon, kunjungan ke jejaring rujukan).
- Optimalisasi telemedicine (memperluas sasaran telemedicine, promosi layanan telemedicine)
- Penataan ruang pelayanan yang berorientasi keselamatan dan kepuasan pasien.
- Membangun *image* bahwa pelayanan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang antisipatif terhadap pencegahan paparan covid 19 (membuat poster prosedur layanan di masa pandemi)

Capaian Instalasi Rawat Jalan**a) Klinik Psikiatri Dewasa****Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik Psikiatri Dewasa Tahun 2020**

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	29975	22723	76%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	0	0
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	35 menit	35 menit
4.	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%	100%
5.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%
6.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 95%	100%	100%

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik Psikiatri Dewasa Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	29975	26833	89,52%	29975	22723	74,58%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	0	0	10%	0	0
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	45 menit	45 menit	≤ 60 menit	35 menit	35 menit
4.	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Kepatuhan Kebersihan Tangan				≥ 95%	100%	100%

Keterangan : Kepatuhan Kebersihan Tangan diukur di unit kerja mulai tahun 2020

Deskripsi Analisa :

1. Pada tahun 2020 capaian kinerja Klinik Psikiatri Dewasa dapat dilihat dari capaian indikator kinerja sebagai berikut :

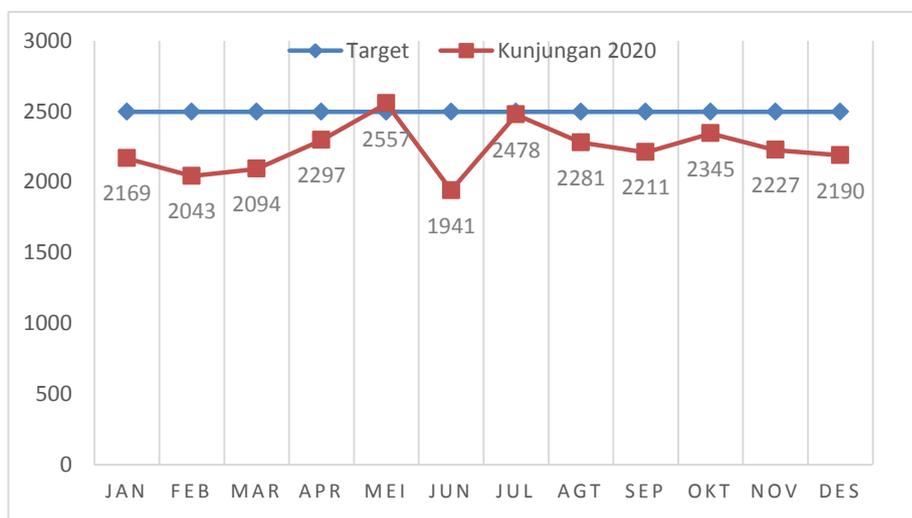
- Indikator jumlah kunjungan dengan target kunjungan pertahun sejumlah 29975 orang, dan realisasi pada tahun 2020 sejumlah 22723. Capaian ini tidak memenuhi target karena hanya tercapai sebesar 74,58% dari target yang telah ditetapkan.
 - Indikator Pertumbuhan Kunjungan, dengan target pertumbuhan pertahun sebesar 10%. Untuk capaian indikator ini belum memenuhi dari target yang telah ditetapkan karena capaian hanya sebesar 74,58% dari target yang telah ditetapkan.
 - Indikator Waktu Tunggu layanan dengan target ≤ 60 menit, pada tahun 2020 diperoleh realisasi waktu tunggu layanan rata-rata 35 menit. Capaian ini telah memenuhi bahkan melebihi dari target yang telah ditetapkan.
2. Analisa perbandingan capaian Kinerja tahun 2019 dan tahun 2020 Klinik Psikiatri Dewasa sebagai berikut :
- Realisasi capaian Indikator jumlah kunjungan pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020, dimana capaiannya melebihi target yang telah ditentukan, karena pada periode tersebut tidak terpengaruh oleh pandemi COVID-19 sehingga kegiatan promosi layanan cukup intensif dilakukan dibandingkan pada tahun 2020. Mulai bulan Maret hingga Desember dibatasi kegiatan promosi kepada masyarakat sebagai upaya penegakan protokol kesehatan untuk pengendalian sebaran Covid-19, termasuk kegiatan pelayanan yang bekerjasama dengan beberapa Dinas Sosial yang ditunda selama masa pandemi. Adanya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) juga berdampak pada kunjungan karena cakupan pelayanan yang luas dari berbagai kabupaten/kota di Jawa Timur.
 - Sedangkan realisasi Indikator Pertumbuhan Kunjungan Klinik Psikiatri Dewasa, pada tahun 2019 capaiannya melebihi dari target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 10%, sehingga pada tahun 2020 persentase target dinaikkan 5% menjadi 15%. Namun karena adanya kejadian tak terduga yaitu wabah Covid-19. Capaian Indikator Pertumbuhan Kunjungan Klinik Psikiatri Dewasa selaras dengan capaian indikator jumlah kunjungan yang sama-sama mengalami penurunan.
 - Untuk capaian indikator Waktu Tunggu layanan Klinik Psikiatri Dewasa, pada tahun 2019 capaian kinerja telah memenuhi target, yaitu rata-rata 45 menit dari target yang ditetapkan yaitu ≤ 60 menit. Sedangkan pada tahun 2020 capaian tetap sesuai target yang telah ditentukan yaitu dengan capaian 35 menit yang berarti waktu tunggu layanan semakin baik.

3. Secara umum capaian kinerja di Klinik Psikiatri Dewasa pada tahun 2020 dalam mendukung capaian *outcome* cukup baik, dengan rata-rata capaian kinerja sebesar 91,1%, meskipun faktor eksternal cukup berpengaruh terhadap capaian kerjanya di masa pandemi saat ini. Capaian kinerja Klinik Psikiatri Dewasa masih sesuai dengan koridor dalam mewujudkan *outcome* yang diharapkan, yaitu meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa.

Permasalahan :

Berdasarkan uraian di atas disimpulkan bahwa, dari 3 indikator mutu/kinerja Klinik Psikiatri Dewasa pada tahun 2020, 2 indikator belum memenuhi memenuhi target, dan 1 indikator capaiannya melebihi target yang telah ditetapkan. Hal ini tidak terlepas dari beberapa kendala/hambatan selama tahun 2020 yaitu faktor pandemi Covid-19 secara langsung berdampak pada jumlah kunjungan, serta tidak terlepas kebijakan-kebijakan pemerintah dalam pembatasan sosial untuk mengurangi penyebaran Covid-19 yang berimbas pada terbatasnya mobilisasi aktifitas masyarakat di luar. Selain itu, adanya sistem rujukan berjenjang, ketersediaan layanan psikiatri di berbagai daerah di Jawa Timur juga berdampak pada menurunnya jumlah kunjungan klinik ini. Secara keseluruhan, dampak terhadap kunjungan klinik Psikiatri Dewasa, seperti tergambar pada grafik di bawah.

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik Psikiatri Dewasa Januari-Desember 2020



Covid-19 mulai diumumkan secara resmi oleh pemerintah masuk ke Indonesia pada awal bulan Maret 2020, tapi kunjungan masih belum menunjukkan penurunan dalam triwulan pertama. Pada saat pemerintah mencanangkan PSBB pada Juni 2020 Klinik Psikiatri mengalami penurunan kunjungan. Berakhirnya PSBB pada Juli 2020 membawa dampak naiknya Kembali kunjungan meski tdk mencapai target, namun mulai Agustus hingga Desember 2020 mengalami penurunan yang cukup fluktuatif dibawah target yang telah ditetapkan. Hal ini berpengaruh pada

indikator Pertumbuhan Kunjungan Klinik Psikaitri Dewasa, karena secara langsung kedua indikator tersebut saling berkorelasi.

Sedangkan untuk indikator Waktu Tunggu layanan Klinik sesuai dengan target yang ditetapkan, hal ini tidak lain karena klinik Psikiatri Dewasa tetap berusaha meningkatkan kualitas layanan dengan capaian waktu tunggu dibawah 60 menit meskipun tetap memperketat penerapan standar protokol kesehatan. Disamping itu koordinasi dengan unit terkait seperti gugus tugas Covid-19 dalam melakukan skrining pasien/pengunjung sangat membantu dalam mengambil tindakan yang tepat bagi pasien/pengunjung.

Rencana Tindak Lanjut :

Atas permasalahan di atas, diuraikan langkah-langkah strategis sebagai rencana tindaklanjut sebagai berikut :

1. Merumuskan dan menerapkan standar pelayanan baru (*new normal*) di Klinik Psikiatri Dewasa, yang terintegrasi dengan protokol kesehatan untuk meningkatkan efektifitas pelayanan.
2. Meningkatkan motivasi dan kompetensi petugas pelayanan, dengan pelatihan untuk mencapai pelayanan yang prima dan profesional.
3. Koordinasi dengan unit terkait serta tim pemasaran terkait dengan pengembangan strategi pemasaran layanan klinik melalui promosi, untuk meningkatkan kunjungan pasien/pelanggan.
4. Melakukan pemeliharaan sarpras, termasuk kalibrasi Alkes secara berkala (terjadwal), untuk menunjang kehandalan dan kesiapan sarana prasarana dalam kegiatan pelayanan.
5. Menciptakan lingkungan pelayanan yang aman, nyaman, dan memenuhi kebutuhan pasien/pengunjung.
6. Merumuskan rencana inovasi Klinik Eksekutif sebagai upaya menangkap kebutuhan pasien/pelanggan untuk kemudahan akses, fleksibilitas waktu. Termasuk layanan telemedicine, konseling keperawatan dengan SDM perawat konsultan setingkat S2.

b) Klinik Psikiatri Anak dan Remaja

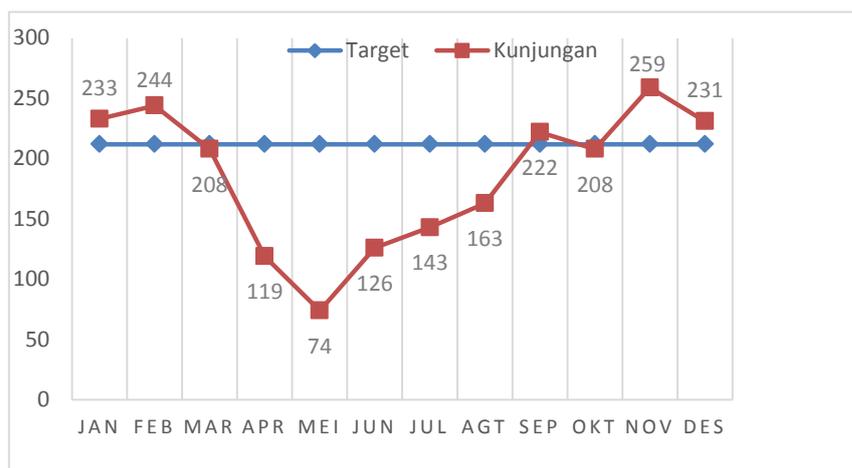
Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik Psikiatri Anak dan Remaja Tahun 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	2546	2230	87,59%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	25,84%	25,84%

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik Psikiatri Anak dan Remaja Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	2546	1772	107,45%	2546	2230	87,59%
2.	Pertumbuhan Kunjungan				10%	25,84%	25,84%

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik Psikiatri Anak dan Remaja Januari-Desember 2020



Deskripsi Analisa :

- Pada tahun 2020 capaian kinerja Klinik Psikiatri Anak dan Remaja dapat dilihat dari capaian indikator kinerja sebagai berikut :
 - Indikator jumlah kunjungan dengan target kunjungan pertahun sejumlah 2546 orang, dan realisasi pada tahun 2020 sejumlah 2230 orang. Capaian ini tidak memenuhi target karena hanya tercapai sebesar 87,59% dari target yang telah ditetapkan.
 - Indikator Pertumbuhan Kunjungan dengan target pertumbuhan pertahun sebesar 10%. Untuk capaian indikator ini mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 25,84% dari target yang telah ditetapkan.
- Analisa perbandingan capaian Kinerja tahun 2019 dan tahun 2020 Klinik Psikiatri Anak dan Remaja sebagai berikut :
 - Realisasi capaian Indikator jumlah kunjungan pada tahun 2020 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2019, meski capaiannya kurang dari target yang telah ditentukan. Promosi kesehatan melalui jejaring, adanya layanan psikiater konsultan anak dan remaja dan layanan pendukungnya mampu meningkatkan angka kunjungan, meski pada bulan Maret hingga Mei 2020 upaya pengendalian sebaran Covid-19, orangtua cenderung takut untuk datang ke RS. Adanya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) juga

berdampak pada kunjungan karena cakupan pelayanan yang luas dari berbagai kabupaten/kota di Jawa Timur. Kunjungan Kembali meningkat di bulan September sampai akhir tahun seiring dengan kebutuhan anak untuk terapi, peningkatan pemahaman pasien dan keluarga tentang cara pengendalian COVID 19 di RS yang meningkatkan kepercayaan orangtua.

- Sedangkan realisasi Indikator Pertumbuhan Kunjungan Klinik Psikiatri Anak dan Remaja, Indikator Pertumbuhan Kunjungan dengan target pertumbuhan pertahun sebesar 10%. Untuk capaian indikator ini mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 25,84% dari target yang telah ditetapkan.
3. Secara umum capaian kinerja di Klinik Psikiatri Anak dan Remaja pada tahun 2020 dalam mendukung capaian *outcome* cukup baik, meskipun faktor eksternal cukup berpengaruh terhadap capaian kinerjanya di masa pandemi saat ini. Capaian kinerja masih sesuai dengan koridor dalam mewujudkan *outcome* yang diharapkan, yaitu meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa, terutama pada kelompok usia anak dan remaja.

Permasalahan :

Target kunjungan tidak tercapai

Rencana Tindaklanjut :

Atas permasalahan di atas, diuraikan langkah-langkah strategis sebagai rencana tindaklanjut sebagai berikut :

1. Merumuskan dan menerapkan standar pelayanan baru (*new normal*) di Klinik Psikiatri Anak dan Remaja, yang terintegrasi dengan protokol kesehatan untuk meningkatkan efektifitas pelayanan.
2. Meningkatkan motivasi dan kompetensi petugas pelayanan, dengan pelatihan tim pelayanan keswa anak dan remaja multiprofesi untuk mencapai pelayanan yang prima dan profesional.
3. Koordinasi dengan unit terkait serta tim pemasaran terkait dengan pengembangan strategi pemasaran layanan klinik melalui promosi, untuk meningkatkan kunjungan pasien/pelanggan. Misalnya menjajaki kembali kebutuhan jejaring pelayanan beberapa sekolah yang pernah bekerjasama utk asesmen keswa anak didiknya dengan model pemeriksaan sesuai adaptasi kebiasaan baru (*new normal*).
4. Melakukan modifikasi sarpras dan lingkungan sesuai dengan kebutuhan pada kelompok usia anak dan remaja.
5. Memenuhi kebutuhan alat yang menunjang pemeriksaan dalam rangka adaptasi kebiasaan baru misalnya pemeriksaan telemedicine.

6. Merumuskan rencana inovasi Klinik Eksekutif sebagai upaya menangkap kebutuhan pasien/pelanggan untuk kemudahan akses, fleksibilitas waktu. Termasuk layanan telemedicine, konseling keperawatan dengan SDM perawat konsultan setingkat S2.

c) Klinik NAPZA

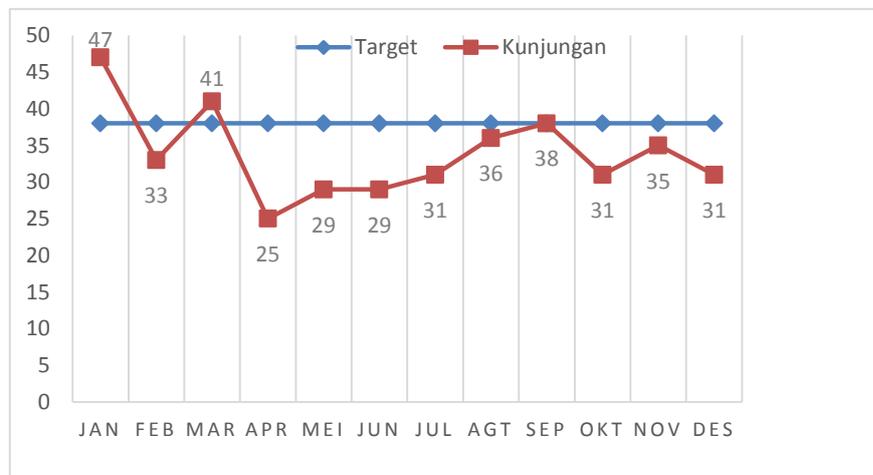
Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik NAPZA Tahun 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	450	406	90,22%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	11,50%	115%

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik NAPZA Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	450	421	107,45%	450	406	90,22%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	18,43%	184,3%	10%	11,50%	115%

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik Psikiatri NAPZA Januari-Desember 2020



Permasalahan

Regulasi baru di bulan Februari 2020 bahwa IPWL hanya mengcover peserta JKN PBI, sehingga biaya perawatan ketergantungan NAPZA menjadi kendala bagi masyarakat untuk berobat ke RS.

d) Klinik Psikiatri Forensik

Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik Psikiatri Forensik Tahun 2020

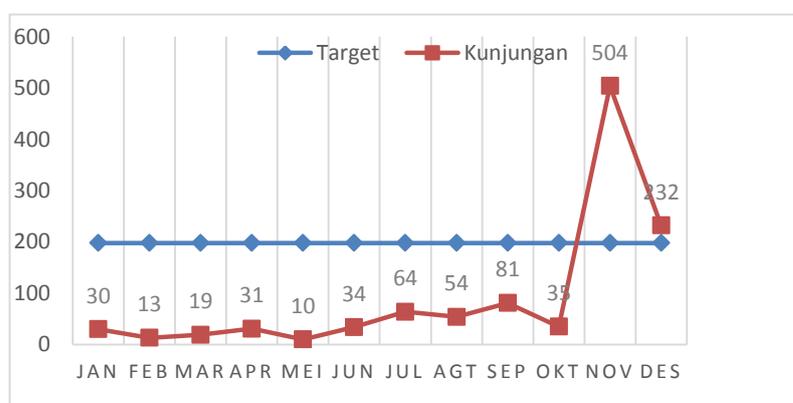
No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	2370	1100	46,41%

2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	0	0%
----	-----------------------	-----	---	----

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik Psikiatri Forensik Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	1250	2131	170%	2370	1100	46,41%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%			10%	0	0

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik Psikiatri Forensik Januari-Desember 2020



Permasalahan

Target tidak tercapai kemungkinan dipengaruhi oleh:

1. Adanya kerjasama yang tidak berlanjut dari tahun2 sebelumnya, misalnya pemeriksaan kesehatan rohani untuk FK Unisma.
2. Kondisi pandemik memaksa beberapa momentum tahunan tertunda dan terbatas, misalnya pemeriksaan kesehatan untuk CPNS, tes penerimaan mahasiswa baru.

Rencana Tindak Lanjut

1. Skema pelayanan pemeriksaan kesehatan dengan cara daring (jarak jauh) untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam cakupan yang lebih luas.
2. Penambahan dan upgrade alat pemeriksaan agar pelayanan lebih cepat
3. Hasil dari penambahan alat tersebut akan dijadikan bahan untuk promosi sehingga diharapkan jumlah kunjungan akan meningkat.

Indikator mutu di Klinik Psikiatri Anak dan Remaja, NAPZA, Mental Organik dan Forensik diukur dan dianalisis sebagai satu kesatuan pelayanan Klinik Sub Spesialis karena berada dalam satu klinik dengan SDM yang sama. Hasilnya sebagai berikut:

e) Klinik Sub Spesialis

Tabel Capaian Indikator Mutu Klinik Sub Spesialis Tahun 2020

No.	Indikator Mutu	Target	Realisasi	Capaian
1.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	33 menit	33 menit
2.	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%	100%
3.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%
4.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 95%	100%	100%
5.	Pelaksanaan Asesmen Awal Gangguan Pertumbuhan Perkembangan Masa Kanak	100%	100%	100%
6.	Manajemen Risiko Malnutrisi pada Anak	100%	100%	100%
7.	Peningkatan Proporsi Anak dan Remaja yang Mengalami Perbaikan Klinis yang terukur selama 1 bulan	≥ 70 %	98,38%	98,38%

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik Sub Spesialis Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	45 menit	45 menit	≤ 60 menit	33 menit	33 menit
2.	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.	Kepatuhan Kebersihan Tangan				≥ 95%	100%	100%
5.	Pelaksanaan Asesmen Awal Gangguan Pertumbuhan Perkembangan Masa Kanak				100,00%	100,00%	100,00%
6.	Manajemen Risiko Malnutrisi pada Anak				100,00%	100,00%	100,00%
7.	Peningkatan Proporsi Anak dan Remaja yang Mengalami Perbaikan Klinis yang terukur selama 1 bulan				≥ 70 %	98,38%	98,38%

Keterangan : Kepatuhan Kebersihan Tangan diukur di unit kerja mulai tahun 2020, Indikator nomer 5 s/d 7 diukur mulai Maret 2020 sebagai indikator mutu baru.

f) Klinik Psikologi

Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik Psikologi Tahun 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	3746	1704	45,48%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	0	0
3.	Penyelesaian Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤ 7 hari	95%	100%	100%
4.	Penyelesaian Pemeriksaan Psikologi Individual ≤ 2 hari*	95%	100%	100%
5.	Kepatuhan Identifikasi Pasien**	100%	100%	94%
6.	Kepatuhan Kebersihan Tangan**	$\geq 95\%$	100%	100%
7.	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan**	100%	57%	57%

Murni kunjungan klinik psikologi 372 kunjungan (21,8%), sedangkan 1332 kunjungan (78,2%) merupakan rujukan dari klinik lainnya.

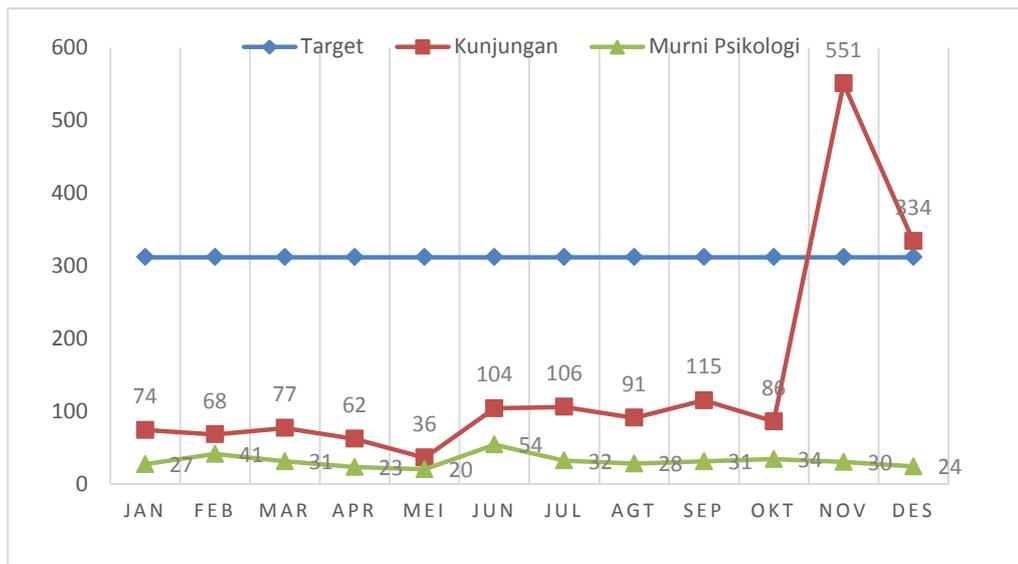
Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik Psikologi Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	1310	2533	193,4%	3746	1704	45,5%
2.	Pertumbuhan Kunjungan				10%	0	0
3.	Penyelesaian Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤ 7 hari	95%	100%		95%	100%	100%
4.	Penyelesaian Pemeriksaan Psikologi Individual ≤ 2 hari*	95%	100%		95%	100%	100%
5.	Kepatuhan Identifikasi Pasien**				100%	100%	94%
6.	Kepatuhan Kebersihan Tangan**				$\geq 95\%$	100%	100%
7.	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan**				100%	57%	57%

Keterangan :

* = pada tahun 2019 target 3 hari, pada tahun 2020 dinaikkan menjadi 2 hari

** = menjadi indikator mutu yang diukur di klinik sejak tahun 2020

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik Psikologi Januari-Desember 2020**Deskripsi Analisa :**

Tahun 2020, capaian kunjungan sebesar 45,5% dari target yang ditetapkan. Sedangkan angka pertumbuhannya tidak tercapai karena kunjungan di tahun 2020 turun dibandingkan tahun 2019.

Permasalahan :

Hal ini mungkin disebabkan oleh beberapa kegiatan di tahun 2019 yang sifatnya bekerjasama dengan institusi luar misalkan sekolah SMA Advent, atau perguruan tinggi FK UNISMA tidak lagi dilakukan di tahun 2020. Selain itu adanya pandemik COVID 19 di tahun 2020 menurunkan intensitas kegiatan promosi layanan, di sisi lainnya RS belum bisa mengakomodasi kebutuhan layanan psikologi jarak jauh sesuai kebutuhan masyarakat saat ini.

Alat pemeriksaan psikologi yang selama ini dipakai sudah menunjukkan performa yang menurun, yaitu program MMPI. Pembelian alat dan program baru sudah dilakukan di Nopember 2020 sehingga diharapkan dapat meningkatkan kapasitas pemeriksaan kolektif.

Untuk indikator mutu yang belum tercapai yaitu tentang identifikasi pasien dengan capaian 94% disebabkan karena inkonsistensi staf dalam melakukan prosedur ini. Sedangkan penerapan edukasi pasien rawat jalan yang terdokumentasi dengan capaian 57%, dikarenakan sistem dokumentasi yang terpisah dengan SIMRS sehingga menimbulkan kelalaian dalam melakukan dokumentasi.

Rencana Tindak Lanjut:

1. Inovasi pelayanan psikologi yang dapat dilakukan jarak jauh. Koordinasi untuk sistem pelayanannya karena harus melibatkan beberapa unit kerja, mulai dari admisi, psikiater, kasir.

2. Melakukan peremajaan alat dan program secara berkala untuk memelihara performa alat pemeriksaan penunjang.
3. Meningkatkan motivasi kinerja bagi petugas dengan pengaturan indikator kinerja yang proporsional
4. Inovasi layanan dengan Klinik Eksekutif untuk memberikan kemudahan akses, fleksibilitas layanan
5. Koordinasi dengan marketing untuk memasarkan layanan yang dimiliki, menjajaki kemungkinan pembaruan kerjasama atau menjalin kerjasama baru dengan sekolah-sekolah, perusahaan (terkait dengan psikiatri industri).
6. Untuk indikator mutu dengan capaian yang sudah optimal. Dipertimbangkan untuk meningkatkan kembali targetnya sehingga lebih bisa memuaskan pelanggan dengan layanan yang lebih cepat dan bersaing.
7. Meningkatkan kembali motivasi staf dalam penerapan identifikasi pasien dengan benar, dan koordinasi untuk sistem pendokumentasian edukasi dalam SIMRS.

g) Klinik MCU

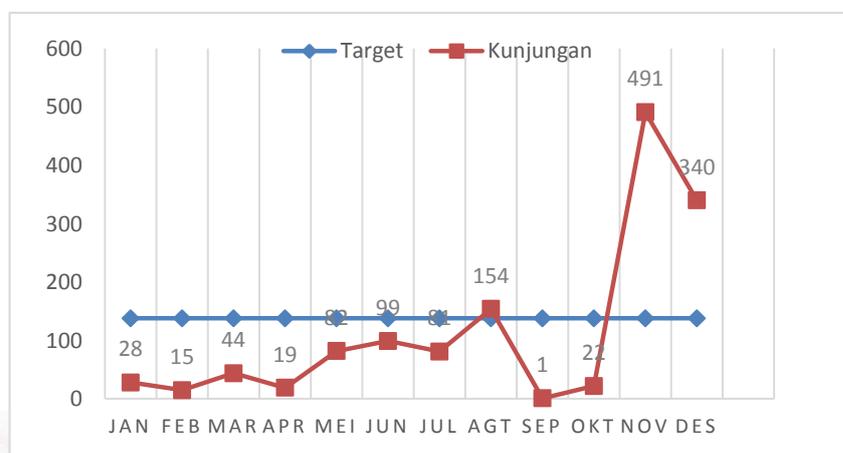
Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik MCU Tahun 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	1659	1376	82,94%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	60,56%	60,56%

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik MCU Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	1150	857	74,52%	1659	1376	82,94%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%			10%	60,56%	60,56%

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik MCU Januari-Desember 2020



Deskripsi Analisa :

Tahun 2020, capaian kunjungan sebesar 82,94% dari target yang ditetapkan. Sedangkan angka pertumbuhannya 60,56% mencapai target yang diharapkan. Pada semester pertama, kunjungan masih rendah, mulai naik pada bulan Mei sampai puncaknya pada bulan Agustus dengan adanya ketersediaan pemeriksaan Kesehatan dengan rapid test antibodi yang menjadi kebutuhan masyarakat di masa pandemic ini. Kemudian di bulan September terjadi kendala layanan yaitu Klinik ini sementara ditutup karena staf terkonfirmasi COVID 19, baru dibuka kembali bulan Oktober 2020. Kunjungan meningkat drastis pada Nopember 2020 dengan adanya tes pemeriksaan Kesehatan CPNS dari berbagai daerah, dan di bulan Desember dengan adanya pemeriksaan Kesehatan untuk tenaga PPPK dari berbagai daerah di Jawa Timur.

Permasalahan

Klinik MCU mengalami kendala pelayanan saat SDM nya terpapar COVID-19. Dokter pemberi layanan di klinik ini memang merangkap tugas di ruang perawatan inap termasuk ruang isolasi COVID-19. Pada akhir tahun telah dilakukan pengaturan ketenagaan dokter Klinik MCU untuk mengatasi hal tersebut dan cukup efektif.

Di akhir tahun, permintaan Surat Keterangan Dokter dengan Rapid Tes menurun, hal ini karena RS belum mempunyai rapid test Antigen yang saat ini menjadi kebutuhan masyarakat.

Rencana Tindak Lanjut

1. Meningkatkan kewaspadaan staf terhadap COVID-19 dengan edukasi, ketersediaan APD yang sesuai dan memadai, skrining kesehatan staf.
2. Koordinasi untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terkait pemeriksaan rapid test antigen COVID-19.

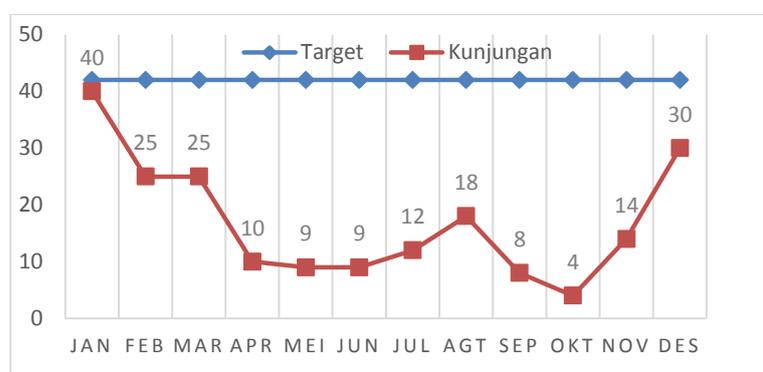
h) Klinik Penyakit Dalam**Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik Penyakit Dalam Tahun 2020**

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	504	206	40,87%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	0	0
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	60 menit	62 menit

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik Penyakit Dalam Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	625	456	72,96%	504	206	40,87%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%			10%	0	0
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	60 menit	67 menit	≤ 60 menit	60 menit	62 menit

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik Psikiatri Penyakit Dalam Januari-Desember 2020



Deskripsi Analisa

Tahun 2020, capaian kunjungan sebesar 40,87% dari target yang ditetapkan. Sedangkan angka pertumbuhannya 0% karena kunjungan justru turun dibandingkan dengan kunjungan tahun 2019. Capaian yang rendah di awal tahun 2020 semakin menurun dipengaruhi adanya pandemic di bulan Maret 2020, dan keterbatasan jumlah dokter pemberi pelayanan karena hanya ada 1 dokter SpPD. Peningkatan kunjungan mulai terjadi di bulan Nopember dan Desember 2020, seiring dengan mulai dibukanya PSBB, dan bertambahnya dokter pemberi pelayanan menjadi 2 orang SpPD.

Permasalahan

Regulasi untuk rujukan berjenjang JKN sehingga RSJ menjadi sulit untuk menerima rujukan dari FKTP. Sedangkan di area sekitar terdapat RS lain yang juga memiliki jenis pelayanan yang sama dan menjadi RS rujukan untuk JKN.

Rencana Tindak Lanjut

Mekanisme Klinik Eksekutif yang memberikan pelanggan akses yang lebih mudah dan fleksibilitas waktu untuk layanan non JKN.

i) Klinik Bedah

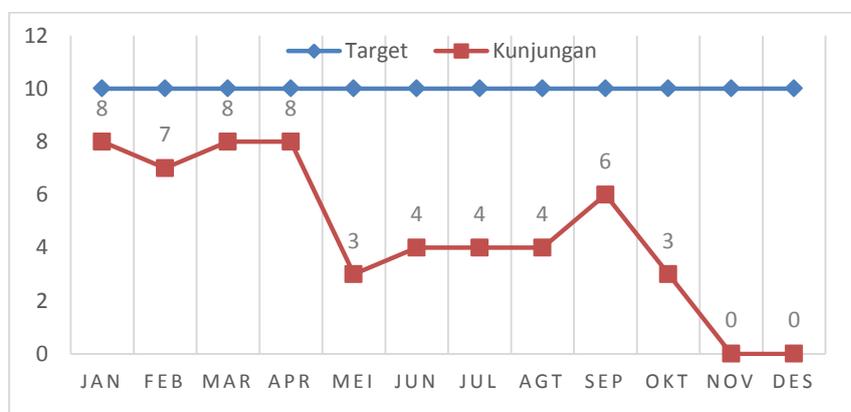
Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik Bedah Tahun 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	125	55	44%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	0	0
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	35 menit	100%

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik Bedah Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	288	91	31,6%	125	55	44%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%			10%	0	0
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	45 menit	45 menit	≤ 60 menit	53 menit	53 menit

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik Psikiatri Bedah Januari-Desember 2020



Deskripsi Analisa

Tahun 2020, capaian kunjungan sebesar 44% dari target yang ditetapkan. Sedangkan angka pertumbuhannya 0% karena kunjungan justru turun dibandingkan dengan kunjungan tahun 2019. Capaian waktu tunggu yang justru mengalami penurunan dibandingkan tahun sebelumnya tidak selaras dengan jumlah kunjungan.

Permasalahan

Regulasi untuk rujukan berjenjang JKN sehingga RSJ menjadi sulit untuk menerima rujukan dari FKTP. Sedangkan di area sekitar terdapat RS lain yang juga memiliki jenis pelayanan yang sama dan menjadi RS rujukan untuk JKN.

Rencana Tindak Lanjut :

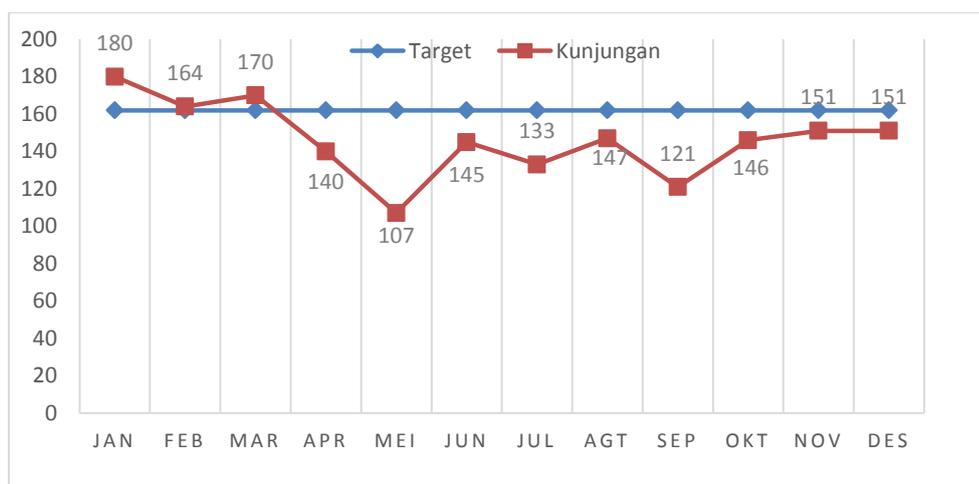
Mekanisme Klinik Eksekutif yang memberikan pelanggan akses yang lebih mudah dan fleksibilitas waktu untuk layanan non JKN.

j) Klinik Saraf**Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik Saraf Tahun 2020**

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	1940	1748	90,10%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	0	0
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	89 menit	89 menit

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik Saraf Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	2225	1832	82,34%	29975	22723	76%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%			10%	0	0
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	105 menit	105 menit	≤ 60 menit	89 menit	89 menit

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik Saraf Januari-Desember 2020**Deskripsi Analisa**

Tahun 2020, capaian kunjungan sebesar 90,10% dari target yang ditetapkan. Sedangkan angka pertumbuhannya 0% karena kunjungan justru turun dibandingkan

dengan kunjungan tahun 2019. Kunjungan mulai menurun di bulan Maret 2020 seiring dengan pandemic COVID-19 yang mengharuskan adanya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) untuk menekan penyebaran. Capaian waktu tunggu mengalami perbaikan dibandingkan tahun sebelumnya selaras dengan jumlah kunjungan yang lebih sedikit. Tapi waktu tunggu tetap belum mencapai target layanan yaitu ≤ 60 menit.

Permasalahan

Regulasi untuk rujukan berjenjang JKN sehingga RSJ menjadi sulit untuk menerima rujukan dari FKTP. Sedangkan di area sekitar terdapat RS lain yang juga memiliki jenis pelayanan yang sama dan menjadi RS rujukan untuk JKN.

Rencana Tindak Lanjut

1. Mekanisme Klinik Eksekutif yang memberikan pelanggan akses yang lebih mudah dan fleksibilitas waktu untuk layanan non JKN.
2. Inovasi pengadaan alat TMS yang saat ini masih terbatas layanannya di area Lawang dan sekitarnya.

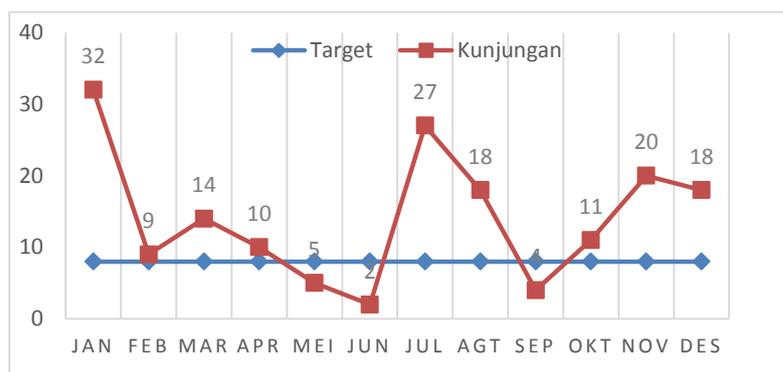
k) Klinik THT-KL

Tabel Capaian Indikator Kinerja Klinik THT-KL Tahun 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan	95	169	177,89%
2.	Pertumbuhan Kunjungan	10%	72,44%	72,44%
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	32 menit	32 menit

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Klinik THT-KL Tahun 2019 dan 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Jumlah kunjungan		98		95	169	177,89%
2.	Pertumbuhan Kunjungan				10%	72,44%	72,44%
3.	Waktu Tunggu Layanan	≤ 60 menit	45 menit	40 menit	≤ 60 menit	32 menit	32 menit

Grafik. Jumlah Kunjungan Klinik THT-KL Januari-Desember 2020

Deskripsi Analisa

Tahun 2020, capaian kunjungan sebesar 177,89% dari target yang ditetapkan. Sedangkan angka pertumbuhannya 72,44% dibandingkan tahun 2019. Kunjungan bersifat fluktuatif selama tahun 2020. Klinik ini juga melayani beberapa tes kesehatan yang mensyaratkan adanya pemeriksaan THT oleh spesialis. Capaian waktu tunggu mengalami perbaikan dibandingkan tahun meskipun angka kunjungan meningkat, menunjukkan bahwa pelayanan bergerak membaik dengan lebih cepat melayani pasien.

Permasalahan

1. Regulasi untuk rujukan berjenjang JKN sehingga RSJ menjadi sulit untuk menerima rujukan dari FKTP. Sedangkan di area sekitar terdapat RS lain yang juga memiliki jenis pelayanan yang sama dan menjadi RS rujukan untuk JKN.
2. Keterbatasan alat dan sarpras yang dimiliki, misalnya kebutuhan untuk tes bisik dalam beberapa kali permintaan tes kesehatan.

Rencana Tindak Lanjut

1. Mekanisme Klinik Eksekutif yang memberikan pelanggan akses yang lebih mudah dan fleksibilitas waktu untuk layanan non JKN.
2. Inovasi pengadaan alat yang saat ini masih terbatas layanannya di area Lawang dan sekitarnya dengan tetap mempertimbangkan peluang pasar.

13) Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja

Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja merupakan pegawai yang memperoleh hasil penilaian baik pada skala budaya kerja. Adapun capainnya sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	90%	82,4%	91,56%	70%	90%	128,57%

Deskripsi Analisa:

Indikator persentase perilaku pegawai sesuai budaya kerja pada tahun 2020 tercapai 90%. Hal ini menggambarkan rata-rata pegawai sudah berperilaku sesuai budaya kerja. Meski sudah mencapai target masih ada indikator yang perlu dioptimalkan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun 2021 yaitu pada aspek professional, kreatif dan inovatif:

- Keikutsertaan pegawai dalam peningkatan kompetensi sesuai standar kompetensi (capaian 85%)
- Ada sumbang saran, memberi masukan untuk perbaikan mutu pelayanan (capaian 85%)
- Bersikap kritis dan penuh pertimbangan sebelum mengambil tindakan dalam memberikan pelayanan (capaian 84%)

Permasalahan:

Pada internalisasi budaya kerja yang masih menjadi permasalahan adalah pelaksanaan kegiatan internalisasi dan evaluasi berkala yang harus menyesuaikan kondisi pandemic covid19. Permasalahan teknis saat pengambilan data yang terjadi umumnya adalah saat pengumpulan data yang membutuhkan waktu lama, kurangnya pengetahuan pegawai dalam penggunaan *google form* pada pelaksanaan pengambilan data.

Rencana Tindak Lanjut:

Untuk meningkatkan capaian perilaku pegawai sesuai budaya kerja, rencana tindaklanjutnya adalah :

- Melaksanakan kegiatan pelatihan untuk penguatan agen-agen perubahan
- Melakukan internalisasi budaya kerja mulai dari pimpinan tertinggi hingga ke staf
- Mengadakan kegiatan-kegiatan yang memotivasi internalisasi budaya kerja misalnya pit stop untuk evaluasi budaya kerja bagi seluruh pegawai, capacity building, lomba cerdas cermat dan sebagainya
- Reward bagi pegawai berprestasi

14) Tercapainya indikator mutu unit kerja

Tercapainya indikator mutu unit kerja merupakan indikator yang ditetapkan untuk menentukan keberhasilan capaian target mutu layanan pada unit kerja. Pada tahun 2019 indikator ini belum ada dalam perjanjian kinerja. Adapun capaian pada tahun 2020 adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya indikator mutu unit kerja	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			90%	80,7%	89,67%

Deskripsi Analisa:

Pada tahun 2020 terdapat 529 indikator mutu unit kerja, dari 529 indikator mutu tersebut hanya tercapai 427 indikator. Sehingga tercapainya indikator mutu unit kerja pada tahun 2020 sebesar 80,7% dari target 90%.

Permasalahan:

- Pada tahun 2020 terdapat revisi Indikator Mutu unit kerja, namun Pedoman Indikator Mutu baru selesai pada akhir tahun 2020. Sehingga beberapa unit kerja tidak mengetahui indikator mutu yang terbaru.
- Beberapa unit kerja tidak tertib dalam mengupload pelaporan indikator mutu unit kerja pada turbonas, sehingga kesulitan dalam rekapitulasi capaian indikator mutu unit kerja.
- Masih terdapat beberapa indikator mutu unit kerja yang tidak tercapai khususnya pada pelayanan karena dampak pandemi covid-19.

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan koordinasi dengan Komite Mutu dan Keselatan Pasien dalam mensosialisasikan Pedoman Indikator Mutu
- Mensosialisasikan kembali kepada PIC mutu unit kerja agar tertib dalam mengupload hasil capaian indikator mutu unit kerja pada turbonas.
- Melakukan review indikator mutu unit kerja mengenai target terkait pandemi covid-19

15) Terakreditasi Internasional

Terakreditasi internasional merupakan pengakuan bagi RS atas upaya-upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dicapai berdasarkan standar penilaian akreditasi KARS International. Adapun capainnya adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terakreditasi Internasional	Snars Edisi I Internasional	SGS ISO 9001 : 2015 (Jumlah 2) Akreditasi SNARS Tingkat Internasional (1)	100%	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	100%

Deskripsi Analisa:

Capaian indikator terakreditasi internasional tercapai 100% karena telah terlaksananya Verifikasi Internasional pada bulan Januari 2020.

Permasalahan:

Pada tahun 2020 telah terjadi pandemi Covid-19 yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu layanan di rumah sakit. Dengan adanya pandemi Covid-19 tersebut menyebabkan beberapa kegiatan yang sudah direncanakan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien tidak bisa terlaksana dengan baik, misalnya : survey akreditasi SNARS edisi 1 dan survey visitasi ke 2, ISO 9001 : 2015.

Rencana Tindak Lanjut:

Untuk meniadakan adanya beberapa kegiatan yang tidak terlaksana di tahun 2020, maka pada tahun 2021 ini akan segera dilakukan kegiatan yang sudah tertunda tersebut. Kegiatan tersebut diantaranya adalah audit eksternal ISO 9001:2015 visitasi ke 2 (seharusnya dilakukan dibulan Juli tahun 2020) yang akan dilakukan pada trimester pertama tahun 2021. Selain itu akan dilakukan juga audit eksternal ISO 9001:2015 visitasi ke 3 dan ke 4 ditahun 2021.

16) Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT

Modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT merupakan pengembangan teknologi informasi secara terintegrasi untuk menunjang mutu efisiensi dan efektivitas pelayanan. Pada tahun 2019 indikator ini belum ada dalam perjanjian kinerja. Adapun capaian pada tahun 2020 adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		1 Paket	1 Paket	100%

Deskripsi Analisa:

Capaian indikator Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT tercapai 100%.

Variabel capaian modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT yang telah ditetapkan :

- Tersedianya website yang representatif dan up to date : website telah berjalan dan terupdate dengan alamat www.rsilawang.id
- Terbentuknya database terpusat : telah memiliki database terpusat pada server untuk semua aplikasi di rumah sakit seperti SIMRS, aplikasi penilaian kinerja (EPI), berlokasi di ruang server instalasi SIRS
- Tersedianya Webservices untuk transfer data : telah dibuat webservice untuk pengiriman data otomatis ke aplikasi BIOS PPK BLU, dan juga webservice aplikasi dashboard, RS Online, informasi ketersediaan tempat tidur di kementerian kesehatan
- Tersedianya dashboard untuk kebutuhan manajerial dan realtime : telah memiliki dashboard pelayanan pada aplikasi SIMRS dan dashboard ketersediaan tempat tidur, kunjungan klinik, indikator pelayanan
- Menggunakan Office Automation : telah memiliki dan berjalan aplikasi OA Surelintas dengan penggunaan server secara mandiri

Permasalahan:

Pada tahun 2020 telah dibuat webservice yang terkoneksi dengan aplikasi BIOS versi 1 Dit. PPK BLU. Akan tetapi aplikasi BIOS sekarang sudah pada versi 2. Dan belum dibuatkan webservicenya karena masih menunggu update juknis dari Dit. PPK BLU.

Rencana Tindak Lanjut:

Melakukan koordinasi dengan Dit. PPK BLU untuk update webservice aplikasi BIOS versi 2 di tahun 2021.

Capaian Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Tabel Capaian Indikator Mutu / Kinerja Instalasi SIRS Tahun 2020

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
1.	Ketepatan Waktu Perbaikan	960 kegiatan/	1190 kegiatan/	124%

	Perangkat Komputer	tahun	tahun	
2.	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	1200 kegiatan/ tahun	1351 kegiatan /tahun	112%
3.	Pemrograman Software	480 kegiatan/ tahun	574 kegiatan/ tahun	119%

Tabel Perbandingan Realisasi Indikator Mutu / Kinerja Tahun 2020 dibandingkan tahun sebelumnya

No.	Indikator Mutu/Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
1.	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer	500 kegiatan/ tahun	574 kegiatan/ tahun	115%	960 kegiatan/ tahun	1190 kegiatan/ tahun	124%
2.	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	800 kegiatan/ tahun	1472 kegiatan/ tahun	184%	1200 kegiatan/ tahun	1351 kegiatan/ tahun	112%
3.	Pemrograman Software	-	-	-	480 kegiatan/ tahun	574 kegiatan/ tahun	119%

Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2020 capaian kinerja instalasi SIRS dapat dilihat dari capaian indikator kinerja sebagai berikut :

- Indikator jumlah kegiatan perbaikan perangkat komputer berupa perbaikan komputer dan printer dengan target 500 kegiatan per tahun, dan realisasi perbaikan perangkat komputer sebesar 574 kegiatan. Capaian ini melebihi target dengan capaian 115%.
- Indikator perbaikan jaringan komputer dengan target 800 kegiatan per tahun, dan realisasi 1472 kegiatan. Capaian ini melebihi target dengan capaian sebesar 184%.
- Indikator pemrograman software dengan target 480 kegiatan per tahun, dan realisasi 574 kegiatan. Capaian ini melebihi target dengan capaian 119%.

Analisa perbandingan capaian Kinerja tahun 2019 dan tahun 2020 instalasi SIRS sebagai berikut :

- Realisasi capaian Indikator jumlah perbaikan perangkat komputer tahun 2020 lebih baik dibandingkan capaian tahun 2019. Hal itu dikarenakan capaian di tahun 2020 sebesar 124% lebih besar dari capaian tahun 2019 sebesar 115%. Capaian di tahun 2020 melebihi target dikarenakan pada bulan januari, februari, maret dan september banyak perangkat komputer yang mengalami kerusakan dan harus dilakukan perbaikan.
- Sedangkan realisasi perbaikan jaringan komputer pada tahun 2019 lebih baik dengan capaian 184% dibandingkan dengan capaian tahun 2020 sebesar 112%. Di tahun 2019 capaian tinggi dikarenakan banyak perpindahan ruang ranap dan kantor administrasi yang menyebabkan jumlah realisasi melebihi target dengan persentase yang lumayan besar. Dan akhirnya target pada tahun 2020 dinaikkan.
- Untuk capaian indikator pemograman software pada tahun 2019 belum dibuatkan Analisa target dan capaian. Dan pada tahun 2020 baru dibuatkan analisisnya dengan capaian sebesar 119%.

Secara umum capaian kinerja instalasi sirs pada tahun 2020 dalam mendukung proses yang ada di rumah sakit cukup baik, dengan rata-rata capaian 118% dengan 3 capaian indikator yang ada.

Permasalahan :

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa, dari 3 indikator mutu/kinerja instalasi SIRS pada tahun 2020, dan dari 3 indikator tersebut capainya melebihi target. Untuk perbaikan perangkat komputer pada bulan januari, februari, maret dan September capaian kegiatan yang besar dikarenakan banyaknya perangkat komputer dan printer yang rusak. Pada bulan-bulan tersebut memasuki musim hujan. Selain itu di rumah sakit di beberapa lokasi tegangan listrik sering naik turun. Dan biasanya rawan perangkat kena redirect petir. Dan untuk perbaikan jaringan komputer capaian kegiatan yang besar pada bulan April, mei, juni, juli. Pada bulan-bulan tersebut banyak sekali perpindahan ruangan rawat inap yang memerlukan pemasangan jaringan baru. Dan untuk pemograman software capaian kegiatan yang besar pada bulan April dan September. Pada bulan-bulan berikut terdapat banyak update modul software yang dikelola oleh instalasi SIRS. Untuk grafik kegiatan instalasi SIRS tahun 2020 dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Grafik kegiatan Instalasi SIRS tahun 2020

**Rencana Tindak Lanjut :**

Atas permasalahan di atas, diuraikan langkah-langkah strategis sebagai rencana tindak lanjut sebagai berikut :

- Penyediaan UPS yang mendukung fitur AVR (auto voltage regulator) agar perangkat komputer terlindungi dari naik turunnya tegangan listrik.
- Memasang alat arrester listrik dan arrester jaringan LAN di lokasi-lokasi yang rawan terkena redirect petir.
- Koordinasi dengan IPSRS urusan listrik untuk pengecekan grounding di lokasi-lokasi rawan petir.

17) OEE (Overall Equipment Effectiveness)

Availability adalah keadaan siap suatu mesin/peralatan baik dalam jumlah (kuantitas) maupun kualitas sesuai dengan kebutuhan yang digunakan untuk melaksanakan proses operasi. Sedangkan dalam menghitung *performance* sebuah mesin maka dengan membandingkan jumlah produksi yang di hasilkan oleh sebuah mesin dengan waktu, dalam menghitung *Quality* adalah dengan membandingkan nilai keluaran yang memenuhi standart dengan jumlah total nilai keluaran. Dari ketiga faktor tersebut diatas (*availability, performance dan Quality*) maka didapatkan nilai *Overall Effectifness Equipment*).

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
OEE (Overall Equipment Effectiveness)	80%	90,28%	112,85%	85%	70,39%	82,81%

Deskripsi Analisa:**Rekapitulasi OEE (Overall Equipment Effectiveness)**

NO	OEE	TARGET	REALISASI		REALISASI TAHUN 2020	CAPAIAN
			jan-juni	juli-des		
1	Alat kesehatan	85%	92,36%	92,36%	92,36%	
2	IPAL	85%	86,81%	86,81%	86,81%	
3	Genset 500 KVA	85%	92,19%	92,19%	92,19%	
4	Mesin Pengering	85%	49,30%	21,02%	35,16%	
5	Mesin Cuci	85%	48,82%	47,04%	47,93%	
6	Mesin Seterika	85%	85,70%	54,74%	70,22%	
7	Boiler	85%	85,70%	50,48%	68,09%	
	Jumlah	85%	540,88%	444,64%	492,76%	
	Rata-rata		77,27%	63,52%	70,39%	82,82%

Permasalahan:

Faktor yang mempengaruhi penurunan OEE adalah Performance alat yang tidak banyak digunakan karena penurunan jumlah pasien.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan faktor availability dengan cara tetap menjamin ketersediaan alat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan
- Mempertahankan dan meningkatkan performance alat dengan cara tetap menggunakan alat yang ada untuk melayani pasien yang ada. Peningkatan jumlah pasien menjadi hal yang diharapkan untuk meningkatkan performance alat.
- Mempertahankan faktor quality dengan cara:
 - 1) Pemeliharaan secara berkala
 - 2) Operasional alat sesuai SOP

Capaian Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS**Pencapaian kinerja di Instalasi Kesling s/d bulan Desember tahun 2020**

NO	INDIKATOR KINERJA	SATUAN	TARGET	CAPAIAN	% CAPAIAN
1	Monitoring kebersihan lingkungan	Lokasi	1440	1440	100%
2	Pemeriksaan kualitas air bersih	Sampel	36	18	50%
3	Pemeriksaan kualitas udara	Sampel	8	4	50%
4	Pengendalian lalat dan vektor / Penanganan serangga&binatang pengganggu tercapai optimal	Kegiatan	132	132	100%

5	Pemeriksaan usap alat makan (jumlah lokasi)/hygiene dan sanitasi pangan untuk pasien terlaksana secara optimal	Sampel	4	2	100%
6	Pemeliharaan saluran air limbah (jumlah manhole yang dipelihara) secara optimal tercapai	Titik gelontor	96	96	100%
7	Uji baku mutu pengolahan air limbah (jumlah pengujian) terlaksana	Uji	12	12	100%
8	Monitoring sanitasi makanan di Instalasi Gizi	Kegiatan	12	12	100%
9	Monitoring sanitasi makanan di kantin	Kegiatan	144	144	100%
10	Monitoring pencucian linen (laundry)	Kegiatan	12	12	100%
11	Monitoring linen di ruangan	Lokasi	15	180	100%
12	Monitoring sarana air bersih	Lokasi	1440	1440	100%
13	Monitoring inspeksi ruang dan bangunan	11	132	132	100%
14	Monitoring dekontaminasi melalui desinfeksi dan sterilisasi	Kegiatan	12	12	100%
15	Monitoring vektor dan binatang pengganggu	Kegiatan	1440	1440	100%
16	Monitoring pengamanan radiasi	Kegiatan	12	12	100%
17	Pemusnahan sampah medis	Kegiatan	48	48	100%
18	Pemeriksaan (mandiri) laboratorium proses pengolahan air limbah	Kegiatan	241	237	98%
19	Penyuluhan kesehatan lingkungan	Kegiatan	3	2	66,60%
20	Kegiatan Desinfeksi udara	Kegiatan	220	200	100%
21	Kegiatan Inovasi dan Penerapan Green Hospital	Kegiatan	12	12	100%

1) Monitoring Kebersihan Lingkungan

Kondisi yang dicapai :

Sampai dengan bulan Desember tahun 2020 pencapaian kegiatan monitoring kebersihan lingkungan adalah 100% dengan jumlah monitoring 1440 kegiatan. Monitoring kebersihan lingkungan adalah kegiatan pengawasan terhadap kinerja cleaning service meliputi kebersihan indoor dan outdoor.

Permasalahan :

Meskipun kegiatan monitoring kebersihan lingkungan mencapai target tetapi ada beberapa kendala yang berhubungan dengan kinerja penyedia cleaning service yaitu :

- Keterlambatan bahan dan alat kebersihan sehingga mengganggu kerja tenaga cleaning service
- Beberapa tenaga cleaning service tidak memiliki ketrampilan dan kemampuan dalam melakukan pekerjaan kebersihan sehingga berpengaruh terhadap hasil kerja

Usulan Pemecahan Masalah :

- Pemenuhan alat dan bahan kebersihan sesuai dengan kontrak kerjasama
- Pelatihan kemampuan dan ketrampilan petugas cleaning service
- Pengawasan secara optimal terhadap kinerja dan kedisiplinan petugas cleaning service

2) Pemeriksaan Kualitas Air Bersih**Kondisi yang dicapai :**

Kegiatan pemeriksaan kualitas air bersih selama tahun 2020 hanya tercapai 50% (2 kegiatan pemeriksaan). Kegiatan tidak tercapai karena saat musim pandemi Covid-19 laboratorium lingkungan yang bekerjasama (BTKLPP Surabaya) tidak bisa melakukan pengambilan sampling air bersih ke rumah sakit mulai bulan Maret – Desember 2020.

Permasalahan :

Laboratorium lingkungan yang kerjasama (BTKLPP Surabaya dan Labkesda Mojokerto) tidak melakukan uji kualitas air bersih ke rumah sakit.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Merencanakan pemeriksaan kualitas air bersih ke laboratorium swasta
- Merevisi anggaran kegiatan pemeriksaan lingkungan karena pola tarif uji laboratorium swasta lebih mahal

3) Pemeriksaan Kualitas Udara :**Kondisi yang dicapai :**

Kegiatan pemeriksaan kualitas udara selama tahun 2020 hanya tercapai 50% (4 kegiatan pemeriksaan). Kegiatan tidak tercapai karena saat musim pandemi Covid-19 laboratorium lingkungan yang bekerjasama (BTKLPP Surabaya) tidak bisa melakukan pemeriksaan kualitas udara ke rumah sakit mulai bulan Maret – Desember 2020

Permasalahan :

Laboratorium lingkungan yang kerjasama (BTKLPP Surabaya dan Labkesda Mojokerto) tidak melakukan pemeriksaan kualitas udara ke rumah sakit.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Merencanakan pemeriksaan kualitas udara ke laboratorium swasta
- Merevisi anggaran kegiatan pemeriksaan lingkungan karena pola tarif uji laboratorium swasta lebih mahal

4) Pengendalian Lalat dan Vektor / Penanganan Serangga & Binatang Pengganggu Tercapai Optimal :**Kondisi yang dicapai :**

Kegiatan pengendalian lalat dan vektor/penanganan serangga dan binatang pengganggu sampai bulan Desember 2020 tercapai 100%. Kegiatan pengendalian lalat dan vektor/penanganan serangga dan binatang pengganggu tahun 2020 bekerjasama dengan Rentokil. Namun masih ada beberapa kendala dalam melaksanakan kegiatan pengendalian lalat dan vektor/penanganan serangga dan binatang pengganggu.

Permasalahan :

- Penyedia pest control Rentokil hanya melakukan kunjungan sekali dalam seminggu sehingga permasalahan vektor terutama binatang pengganggu masih belum bisa optimal.
- Banyak akses masuk ke area rumah sakit untuk binatang pengganggu (kucing, ayam, anjing, dll)

Usulan Pemecahan Masalah :

- Jadwal kegiatan pengendalian lalat dan vektor/penanganan serangga dan binatang pengganggu lebih sering dilakukan (seminggu 3 kali)
- Melakukan monitoring dan evaluasi hasil pekerjaan rentokil

5) Pemeriksaan Usap Alat Makan (Jumlah Lokasi)/Hygiene dan Sanitasi Pangan untuk Pasien Terlaksana Secara Optimal :

Kegiatan pemeriksaan usap alat makan selama tahun 2020 hanya tercapai 50% (2 kegiatan pemeriksaan). Kegiatan tidak tercapai karena saat musim pandemi Covid-19 laboratorium lingkungan yang bekerjasama (BTKLPP Surabaya) tidak bisa melakukan pemeriksaan kualitas udara ke rumah sakit mulai bulan Maret – Desember 2020

Permasalahan :

Laboratorium lingkungan yang kerjasama (BTKLPP Surabaya dan Labkesda Mojokerto) tidak melakukan pemeriksaan usap alat makan ke rumah sakit.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Merencanakan pemeriksaan usap alat makan ke laboratorium swasta
- Merevisi anggaran kegiatan pemeriksaan lingkungan karena pola tarif uji laboratorium swasta lebih mahal

6) Pemeliharaan Saluran Air Limbah (Jumlah Manhole Yang Dipelihara) Secara Optimal Tercapai :**Kondisi yang dicapai :**

Tahun 2020 kegiatan pemeliharaan saluran air limbah (manhole) tercapai 100% (96 titik gelontor) dengan kegiatan penggelontoran bak kontrol (manhole) dan pembersihan area sekitar bak kontrol. Tujuan kegiatan ini adalah untuk menjaga kelancaran saluran air limbah dan menjaga air limbah yang masuk ke IPAL tidak melebihi kapasitas. Meskipun sudah dilakukan pemeliharaan saluran air limbah namun masih ada kendala yang menghambat.

Permasalahan :

- Banyak bak kontrol yang mengalami kerusakan seperti : tutup rusak, tidak ada tutup, pinggiran bak kontrol pecah, dll sehingga banyak air yang masuk ke bak kontrol dan membuat air limbah yang masuk ke IPAL berlebih.
- Perbaiki bak kontrol tiap tahun belum bisa memperbaiki semua bak kontrol yang rusak

Usulan Pemecahan Masalah:

Mengusulkan perbaikan bak kontrol (manhole) melalui kepala IPSRS dengan mendata ulang kondisi bak kontrol yang mengalami kerusakan

7) Uji Baku Mutu Pengolahan Air Limbah (Jumlah Pengujian) Terlaksana**Kondisi yang dicapai :**

Sampai dengan bulan Desember tahun 2020 uji baku mutu air limbah tercapai 100% (12 pemeriksaan). Pengujian kualitas air limbah dilakukan tiap bulan oleh laboratorium tersertifikasi dengan membawa sampling air limbah ke laboratorium tersebut. Baku mutu parameter yang di uji sesuai dengan Per.Gub no 72 tahun 2013 tentang Baku Mutu Air Limbah Rumah Sakit

Permasalahan :

-

Usulan Pemecahan Masalah :

-

8) Monitoring Sanitasi Makanan Di Instalasi Gizi

Pencapaian kegiatan monitoring sanitasi makanan di Instalasi Gizi tahun 2020 adalah 100% (12 kegiatan). Fokus monitoring sanitasi makanan Instalasi Gizi melihat higienitas dan standar bahan makanan, tempat penyimpanan bahan

makanan, penyajian makanan, tempat pengolahan makanan, penjamah makanan dan peralatan masak. Ketidaksiesuaian yang ditemukan saat kegiatan monitoring langsung dilakukan tindak lanjut dengan melakukan koordinasi ke Instalasi Gizi.

Permasalahan :

-

Usulan Pemecahan Masalah :

-

9) Monitoring Sanitasi Makanan di Kantin :

Kondisi yang dicapai :

Pencapaian kegiatan monitoring sanitasi makanan di kantin tahun 2020 adalah 100% (144 lokasi kegiatan). Fokus monitoring sanitasi makanan di kantin adalah personal hygiene saat menjamah makanan, tempat mengolah/menjual makanan, peralatan memasak, pencucian peralatan makan/masak, pengeringan peralatan makan/masak, sarana pembuangan limbah dan lingkungan tempat makan. Ketidaksiesuaian yang ditemukan saat kegiatan monitoring terkait penjual akan segera dilakukan koordinasi dengan penjual makanannya. Namun dalam kegiatan monitoring sanitasi makanan di kantin ada beberapa kendala yang harus diselesaikan.

Permasalahan :

- Kerusakan sarana prasarana di kantin yang belum ditindaklanjuti sehingga mempengaruhi kebersihan lingkungan kantin
- Tidak ada petugas kebersihan kantin sehingga kebersihan lingkungan kantin tidak terjaga dan terkesan kotor

Usulan Pemecahan Masalah :

- Kerusakan sarana prasarana kantin dikoordinasikan ke Bagian Organisasi dan Umum dan selanjutnya diteruskan ke IPSRS untuk dilakukan perbaikan
- Ada petugas cleaning service khusus untuk kantin

10) Monitoring Pencucian Linen (Laundry)

Kondisi yang dicapai :

Pencapaian kegiatan monitoring pencucian linen tahun 2020 adalah 100% (12 kegiatan). Fokus monitoring pencucian linen di Laundry adalah pengumpulan linen, penerimaan linen kotor, pencucian, pengeringan, penyetricaan, penyimpanan, distribusi linen bersih, pengangkutan dan pemeriksaan kesehatan petugas. Hasil monitoring ketidaksiesuaian segera dilakukan koordinasi dengan Kepala Instalasi Binatu

Permasalahan :

-

Usulan Pemecahan Masalah :

-

11) Monitoring Linen di Ruang :**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan monitoring pencucian linen di ruang rawat inap tahun 2020 adalah 100% (180 kegiatan). Fokus monitoring pencucian linen di ruang rawat inap adalah perlakuan terhadap linen kotor, linen bersih dan proses desinfeksi di ruangan. Hasil monitoring ketidaksesuaian segera dilakukan koordinasi dengan Kepala Instalasi Binatu dan pihak ruang rawat inap

Permasalahan :

-

Usulan Pemecahan Masalah :

-

12) Monitoring Linen di Ruang :**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan monitoring pencucian linen di ruang rawat inap tahun 2020 adalah 100% (180 kegiatan). Fokus monitoring pencucian linen di ruang rawat inap adalah perlakuan terhadap linen kotor, linen bersih dan proses desinfeksi di ruangan. Hasil monitoring ketidaksesuaian segera dilakukan koordinasi dengan Kepala Instalasi Binatu dan pihak ruang rawat inap

Permasalahan :

-

Usulan Pemecahan Masalah :

-

13) Monitoring Sarana Air Bersih :**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan monitoring sarana air bersih tahun 2020 adalah 100% (1440 kegiatan). Fokus monitoring sarana air bersih adalah kran, perpipaan dan tandon air. Hasil monitoring ketidaksesuaian sarana air bersih segera dilakukan koordinasi dengan Kepala IPSRS untuk dilakukan perbaikan.

Permasalahan :

- Hasil ketidaksesuaian monitoring yang tidak segera ditindaklanjuti karena spare part tidak tersedia di IPSRS

Usulan Pemecahan Masalah :

- Follow up rutin laporan perbaikan sarana air bersih ke pihak IPSRS

14) Monitoring Inspeksi Ruang dan Bangunan:**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan monitoring sarana air bersih tahun 2020 adalah 100% (132 lokasi kegiatan). Fokus monitoring inspeksi ruang dan bangunan adalah kesehatan lingkungan, ruang bangunan, penyehatan makanan dan minuman, penyehatan air, pengelolaan limbah, tempat pencucian linen, pengendalian serangga dan tikus, dekontaminasi melalui desinfeksi dan sterilisasi, pengamanan radiasi, penyuluhan kesehatan lingkungan. Selain itu juga melakukan pengukuran suhu, pencahayaan, kelembaban dan kebisingan. Meskipun pencapaian hasil monitoring inspeksi ruang dan bangunan 100% namun ada beberapa hambatan dan kendala

Permasalahan :

- Sanitary kit (alat pengukur) inspeksi sanitasi tidak pernah dilakukan kalibrasi sehingga hasil pengukuran tidak bisa dipertanggung jawabkan keakuratannya.
- Belum ada alat pengukur sirkulasi udara ruangan karena dengan kondisi pandemi saat ini perlu dilakukan pengukuran sirkulasi udara yang ada di dalam ruangan

Usulan Pemecahan Masalah :

- Mengusulkan kalibrasi sanitary kit secara rutin agar hasil pemeriksaan akurat
- Usulan alat pengukur sirkulasi udara / anemometer

15) Monitoring Vektor dan Binatang Pengganggu :

Kondisi yang dicapai :

Pencapaian kegiatan monitoring vektor dan binatang pengganggu tahun 2020 adalah 100% (1440 lokasi kegiatan). Fokus monitoring vektor dan binatang pengganggu adalah faktor lingkungan yang menandakan adanya vektor dan keberadaan vektor. Meskipun pencapaian hasil monitoring vektor dan binatang pengganggu 100% namun ada beberapa hambatan dan kendala.

Permasalahan :

- Temuan hasil monitoring belum bisa sepenuhnya dilakukan pengendalian karena faktor keterbatasan tenaga, chemical dan kunjungan vendor pest control hanya seminggu 1 kali.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Ada tenaga khusus untuk melakukan pengendalian vektor dan binatang pengganggu diluar kunjungan rentokil
- Usulan alat pengukur sirkulasi udara / anemometer

16) Monitoring Vektor dan Binatang Pengganggu :**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan monitoring vektor dan binatang pengganggu tahun 2020 adalah 100% (1440 lokasi kegiatan). Fokus monitoring vektor dan binatang pengganggu adalah faktor lingkungan yang menandakan adanya vektor dan keberadaan vektor. Meskipun pencapaian hasil monitoring vektor dan binatang pengganggu 100% namun ada beberapa hambatan dan kendala.

Permasalahan :

Temuan hasil monitoring belum bisa sepenuhnya dilakukan pengendalian karena faktor keterbatasan tenaga, chemical dan kunjungan vendor pest control hanya seminggu 1 kali.

Usulan Pemecahan Masalah :

Ada tenaga khusus untuk melakukan pengendalian vektor dan binatang pengganggu diluar kunjungan rentokil

17) Monitoring Pengamanan Radiasi:**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan pengamanan radiasi tahun 2020 adalah 100% (12 kegiatan). Fokus monitoring pengamanan radiasi adalah perijinan pengoperasian alat, pemeriksaan kesehatan petugas, kejadian kecelakaan kerja, kalibrasi alat, pengelolaan limbah radioaktif, kesling ruang bangun.

Permasalahan :

-

Usulan Pemecahan Masalah :

-

18) Pemeriksaan (Mandiri) Laboratorium Proses Pengolahan Air Limbah :**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan pemeriksaan (mandiri) laboratorium proses pengolahan air limbah tahun 2020 adalah 98% (237 hari). Ketidaktercapaian kegiatan ini karena petugas *quality control* air limbah di IPAL sedang cuti dan tidak ada yang menggantikan kegiatan pemeriksaan. Namun untuk pemeriksaan kualitas air limbah oleh laboratorium eksternal telah rutin dilakukan setiap bulan.

Permasalahan :

- Petugas *quality control* air limbah sedang cuti

Usulan Pemecahan Masalah :

- Ada petugas pengganti *quality control* sehingga pemeriksaan kualitas air limbah

19) Penyuluhan Kesehatan Lingkungan :**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan penyuluhan kesehatan lingkungan tahun 2020 adalah 66,66% (2 kegiatan). Ketidaktercapaian kegiatan ini karena kondisi pandemi yang membatasi kegiatan berkumpul orang.

Permasalahan :

- Kondisi pandemi yang membatasi kegiatan mengumpulkan orang banyak sehingga satu kegiatan penyuluhan tidak bisa terealisasi

Usulan Pemecahan Masalah :

- Melaksanakan penyuluhan dengan pembatasan jumlah audiens dan melaksanakan penyuluhan virtual menggunakan zoom meeting

20) Kegiatan Desinfeksi Udara :**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan desinfeksi tahun 2020 adalah 100% (200 kegiatan). Meskipun tercapai 100% masih ada kendala dalam pelaksanaan kegiatan desinfeksi udara.

Permasalahan :

Keterbatasan SDM, chemical dan alat sehingga tidak bisa dilakukan desinfeksi ruang setiap waktu (24 jam) dan ke seluruh rumah sakit. Desinfeksi ruang hanya untuk area-area pelayanan prioritas

Usulan Pemecahan Masalah :

Memenuhi sarana dan prasarana desinfeksi ruang-ruang prioritas seperti IGD, ruang isolasi sehingga desinfeksi bisa dilakukan sewaktu-waktu 24 jam

21) Kegiatan Inovasi dan Penerapan *Green Hospital* :**Kondisi yang dicapai :**

Pencapaian kegiatan Inovasi dan penerapan green hospital tahun 2020 adalah 100%. Kegiatan yang dilakukan adalah pembuatan Pupuk cair dari limbah sayur Instalasi Gizi, pembuatan media efisiensi energi (listrik dan air), Pembuatan taman toga dan pembibitan, merencanakan konservasi air limbah, pembuatan dan peremajaan taman di lokasi gedung A, B, C.

Permasalahan :

-

Usulan Pemecahan Masalah :

-

Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit Tahun tahun 2020

NO.	IMUT	TARGET	CAPAIAN
1	Pengelolaan Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) sesuai PMK No. 7 Tahun 2019	100	100
2	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100	100
3	Survey Kawasan Tanpa Rokok	100	94,75
4	Capaian Program Rumah Sakit Bersih	> 7500	9550,75

Analisa Pencapaian Indikator Mutu Instalasi Kesling tahun 2020 :

- Pengelolaan Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) sesuai PMK No. 7 Tahun 2019
- Pada tahun 2020 hasil rata-rata tercapai 100%, sehingga telah memenuhi target.
- Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan
- Pada tahun 2020 hasil rata-rata tercapai 100%, sehingga telah memenuhi target
- Survey Kawasan Tanpa Rokok
- Pada tahun 2020 hasil rata-rata tercapai 94,75%. Indikator mutu tidak tercapai karena area rumah sakit masih ditemukan orang merokok dan puntung rokok.

Permasalahan :

- Masih ada pasien, pegawai dan pengunjung yang merokok di area RS
- Tim/satgas khusus untuk penerapan kawasan tanpa rokok belum bekerja efektif
- Pengunjung masih ada yang memberi rokok ke pasien
- Tidak ada punishment yang jelas apabila ada yang merokok di area RS
- Prosedur pemeriksaan pengunjung agar tidak membawa rokok masuk dalam area RS masih belum ada

Solusi :

- Mengaktifkan tim/satgas khusus penerapan KTR di RS
- Menerapkan aturan punishment untuk siapapun yang merokok di area RS
- Perlu dilakukan pemeriksaan kepada pengunjung agar tidak membawa masuk rokok ke dalam area RS
- Perlu monitoring langsung dari Kepala Bidang untuk unit kerja yang masih belum menerapkan KTR

Capaian Program Rumah Sakit Bersih

Pada tahun 2020 hasil rata-rata tercapai 9550,75 (standar > 7500), sehingga telah memenuhi target

Capaian Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu

Pencapaian kinerja di Instalasi Binatus/d bulan Desember tahun 2020 sebagai berikut:

NO	KEGIATAN	NO	SUB KEGIATAN	SATUAN	TARGET	CAPAIAN
1	Pengelolaan Rumah Tangga dan Perlengkapan RS	1	Pengadaan Bahan Bakar Mesin genset dan Boiler (Solar)	keg	48	48
		2	Pengadaan Chemical Mesin Boiler/Cleaning	keg	12	12
		3	Pengadaan Chemical Mencuci	keg	12	4
		4	Pengadaan Tekstil ruangan	keg	1	0
		5	Pengadaan gas LPG 50 Kg	keg	12	12
		6	Pengadaan Linen Pasien	keg	1	0
		7	Pencucian dan pengeringan pakaian pasien	keg	297	297
		8	Penyediaan linen bersih	keg	297	297
2	Terpeliharanya sarana & Prasana Rumah Sakit	9	Pemeliharaan Mesin Cuci	keg	12	12
		10	Pemeliharaan Mesin Pengering	keg	1	0
		11	Pemeliharaan Roll Ironer dan Mesin Press	keg	1	1
		12	Pemeliharaan mesin Steam boiler(cleaning dan overhaul)	keg	2	2
		13	Pemeliharaan alat transportasi linen (kendaraan roda 4)	keg	2	2
		14	Penggantian Jaringan Gas	keg	1	0
3	Peningkatan Kapasitas dan Kapabilitas SDM	15	Pelatihan/seminar/ sertifikasi washer(3 Orang)	keg	1	0
		16	Pelatihan/ sertifikasi operator/teknisi boiler(2 Orang)	keg	1	0
		17	Pelatihan manajemen Linen(2 orang)	keg	1	0

1) Pengelolaan Rumah Tangga dan Perlengkapan RS

Kondisi yang dicapai :

Sub kegiatan pengelolaan rumah tangga dan perlengkapan RS di Instalasi Binatu meliputi:

- Pengadaan bahan bakar mesin genset dan boiler
Pengadaan bahan bakar merupakan kegiatan rutin mingguan. Pada tahun 2020 ada 48 kegiatan (100%)
- Pengadaan chemical mesin boiler / cleaning

Pengadaan chemical boiler juga merupakan kegiatan rutin. Pelaksanaannya berupa pengambilan barang dari gudang Rumah Tangga. Dilaksanakan setiap satu bulan sekali atau 12 kegiatan selama tahun 2020 (100%)

- Pengadaan chemical mesin cuci

Pengadaan chemical mesin cuci berupa kegiatan pengambilan barang dari gudang Rumah Tangga. Dilaksanakan sesuai kebutuhan penggunaan. Selama tahun 2020 terlaksana 4 kegiatan dari 12 target kegiatan (30 %). Kebutuhan chemical mesin cuci berbanding lurus dengan volume cucian. Selama pandemi Covid-19 ada penurunan BOR Rumah Sakit yang berdampak pada penurunan volume cucian.

- Pengadaan tekstil ruangan

Pengadaan tekstil ruangan dilaksanakan di awal tahun 2020 dengan capaian 100 %. Namun evaluasi di akhir tahun menunjukkan masih ada stok barang baru yang belum termanfaatkan. Hal ini mengindikasikan bahwa penyerapan barang belum optimal

- Pengadaan gas LPG 50 kg

Pengadaan gas LPG 50 kg berupa kegiatan pengambilan barang dari gudang Rumah Tangga, dilakukan setiap bulan ebanyak 12 kegiatan (100%)

- Pengadaan linen pasien

Pengadaan tekstil ruangan dilaksanakan di awal tahun 2020 dengan capaian 100 %. Namun evaluasi di akhir tahun menunjukkan masih ada stok barang baru yang belum termanfaatkan. Hal ini mengindikasikan bahwa penyerapan barang belum optimal.

- Pencucian dan pengeringan pakaian pasien

Kegiatan pencucian dan pengeringan pakaian pasien dilaksanakan setiap hari kerja, yaitu 6 kali seminggu kecuali hari libur nasional dan cuti bersama. Sepanjang tahun 2020 pelayanan pencucian dan pengeringan pakaian pasien tercapai 297 kegiatan (100%).

- Penyediaan linen bersih

Kegiatan penyediaan linen bersih dilaksanakan setiap hari kerja, yaitu 6 kali seminggu kecuali hari libur nasional dan cuti bersama. Sepanjang tahun 2020 pelayanan penyediaan linen bersih tercapai 297 kegiatan (100%).

Permasalahan :

- Pengadaan bahan bakar dan chemical terlaksana rutin, namun jumlah penggunaan harian belum tercatat sehingga OEE belum bisa dihitung dengan tepat

- Pemanfaatan tekstil baru dari gudang Rumah Tangga tidak optimal karena pengiriman linen bersih menunggu selesainya proses laundry linen kotor yang terkirim pada hari itu.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Pengusulan pemasangan Flowmeter pada boiler dan dilakukan pencatatan harian
- Menerapkan manajemen linen dengan sistem FIFO (First In First Out). Pengiriman linen bersih tidak menunggu proses laundry selesai, namun dikirim dari stok gudang linen bersih.

2) Terpeliharanya sarana dan prasarana Rumah Sakit

Sub kegiatan pemeliharaan sarana dan prasarana Rumah Sakit di Instalasi Binatu meliputi:

- a. Pemeliharaan mesin cuci
Pemeliharaan mesin cuci rutin dilakukan setiap bulan yaitu 12 kegiatan dalam satu tahun (100 %) karena masih dalam masa garansi.
- b. Pemeliharaan mesin pengering
Selama tahun 2020 sama sekali tidak ada kegiatan pemeliharaan mesin pengering (0%). Performa mesin disara masih baik dan tidak muncul gangguan sehingga tidak diusulkan kegiatan pemeliharaan
- c. Pemeliharaan roll ironer dan mesin press
Kegiatan pemeliharaan roll ironer dan mesin press terlaksana satu kegiatan (100 %)
- d. Pemeliharaan mesin steam dan boiler (cleaning dan overhaul)
Pemeliharaan mesin steam dan boiler terlaksana 2 kegiatan (100%)
- e. Pemeliharaan alat transportasi linen (kendaraan roda 4)
Di Instalasi Binatu ada dua kendaraan operasional roda 4. Di tahun 2020 kegiatan pemeliharaan terlaksana 2 kegiatan (100%)
- f. Penggantian jaringan gas
Di tahun 2020 tidak ada kegiatan pemeliharaan jaringan gas (0%), karena tidak ada keluhan dalam pemanfaatannya

Permasalahan :

- Kegiatan pemeliharaan mesin dilakukan oleh penyedia yang bukan dari pabrik mesin
- Staf Instalasi Binatu belum ada yang berkompeten dalam hal teknis mesin cuci, pengering, iron roll dan jaringan gas sehingga kesulitan dalam melakukan deteksi dini gangguan atau kerusakan mesin

Usulan Pemecahan Masalah :

- Untuk meminimalkan risiko kerusakan, pemeliharaan mesin di Instalasi Binatu sedapat mungkin dilaksanakan oleh pihak pabrik, sehingga operasional mesin juga dilaksanakan sesuai dengan rekomendasi pabrik
- Kegiatan pemeliharaan / pengecekan mesin dilaksanakan rutin, tidak perlu menunggu kerusakan
- Peningkatan pengetahuan dan kompetensi staf Instalasi binatu tentang mesin cuci, pengering, roll iron dan jaringan gas melalui sosialisasi atau pelatihan dari pihak pabrik mesin

3) Peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM

Program peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM Instalasi Binatu tahun 2020 adalah sebagai berikut:

- Pelatihan / seminar / sertifikasi washer (target 3 orang)
- Pelatihan / sertifikasi operator / teknisi boiler (target 2 orang)
- Pelatihan manajemen linen (target 2 orang)

Kondisi yang dicapai :

Sampai dengan bulan Desember tahun 2020 tidak ada kegiatan pelatihan / seminar dan sertifikasi SDM (0%).

Permasalahan :

Pandemi Covid-19 menjadi pertimbangan utama dalam kegiatan pengiriman peserta pelatihan eksternal

Usulan Pemecahan Masalah :

- Mereview matriks kompetensi pegawai di tahun 2021 dan mengusulkan kembali kegiatan peningkatan kapasitas dan kapabilitas SDM sesuai dengan kebutuhan
- Kegiatan pelatihan yang membutuhkan praktek langsung (terpaksa tidak bisa melalui daring) tetap dilaksanakan dengan menerapkan protokol kesehatan

Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit bulan Desember tahun 2020

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target	Capaian
Inst. Binatu	1	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	100%
	2	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	3	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%

	4	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT	99%
	5	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%	100%
	6	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	99%
	7	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%

Analisa Pencapaian Indikator Mutu bulan Desember tahun 2020:

Indikator mutu yang tidak tercapai di tahun 2020 adalah

- a. ketersediaan linen di bulan Oktober, November dan Desember
- b. ketepatan waktu penyediaan linen bersih untuk ruang rawat inap dan ruang pelayanan di bulan Oktober, November dan Desember

Permasalahan :

- Memasuki musim penghujan kendala pemenuhan linen bersih dan ketepatan waktu penyediaan terkendala oleh cuaca. Pengiriman menunggu proses laundry selesai sekitar pukul 12.00 WIB. Jika kondisi hujan, pengiriman tidak dapat dilakukan karena sebagian besar ruang perawatan belum punya drop zone (teras atau koridor sampai ke pintu masuk). Sehingga pengiriman linen bersih saat hujan akan menyebabkan linen menjadi basah dan kotor

Usulan Pemecahan Masalah :

- Pengiriman linen bersih dari stok gudang tanpa menunggu proses laundry selesai. Harapannya pengiriman dapat dilakukan lebih pagi
- Usulan pembuatan drop zone di ruang rawat inap untuk melindungi proses serah terima linen saat hujan. Drop zone juga dapat berupa koridor sampai dengan pintu masuk ruangan (seperti ruang Mawar).

18) Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan

Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan merupakan proses kerja dalam manajemen aset yang bertujuan untuk mengoptimalkan potensi fisik (tanah), jumlah, legal, dan nilai ekonomi yang dimiliki aset tersebut untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan. Pada tahun 2019 indikator tersebut belum ada dalam perjanjian kinerja. Berikut merupakan capaian pada tahun 2020:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	14,22%	142,2%

Deskripsi Analisa:

- Indikator Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan, terealisasi sebesar 14,22%, capaian ini merupakan perbandingan luas tanah yang dimanfaatkan untuk gedung, pelayanan, kerjasama pemanfaatan lahan untuk ATM, kantin, telaga dan gedung pertemuan yang disewakan untuk pihak lain dengan luas tanah yang dimiliki oleh RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sesuai dengan sertifikat pada tahun 2020. Luasan tanah yang dimiliki RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang saat ini seluas 2.993.440 m², sedangkan luasan tanah yang telah dimanfaatkan seluas 425.650 m².
- Jika dibandingkan dengan target yang ditetapkan sebesar 10%, hal ini tentunya telah tercapai melebihi target. namun jika dibandingkan dengan capaian pada semester 1 yang realisasinya masih 0% atau belum terealisasi. Pada semester 1 belum ada reralisasi karena masih terkendala belum selesainya identifikasi dan perhitungan atas luasan tanah yang telah termanfaatkan, selain itu pemberlakuan SOTK baru sesuai dengan Permeneks 56 Tahun 2019 tepat pada bulan Juni 2020, merubah PIC Indikator yang sebelumnya di Bagian Administrasi Umum dan saat ini dibawah Bagian Keuangan dan BMN.

Permasalahan:

Telah didapatkan penawaran pemanfaatan lahan untuk

- Penanaman pohon kayu balsa, tetapi penawaran belum bisa ditindaklanjuti dengan belum definitifnya pimpinan BLU pada saat itu dan setelah ditetapkan definitif telah lewat masa musim kemarau (memasuki musim penghujan) sehingga calon investor memundurkan penawaran sampai dengan musim kemarau yang akan datang
- Pemanfaatan lahan area telaga, tetapi dengan masih terdapatnya pembatasan keramaian di masa pandemi maka kerjasama pengelolaan lahan telaga sebagai pariwisata belum bisa diimplementasikan pada tahun 2020

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan kontak ulang kepada investor penanaman pohon kayu balsa untuk bisa segera mengajukan penawaran dan dilakukan pembahasan dan perjanjian.

- Menyampaikan kepada pihak pemenang *beauty contest* pengelolaan telaga untuk melakukan koordinasi kembali terkait pemanfaatan lahan tersebut.
- Membuka peluang pemanfaatan lahan oleh pegawai rumah sakit dengan ditanami jahe merah yang nantinya panen jahenya akan dibeli oleh PT Bintang Tujuh (telah dibuka pembicaraan awal terkait prospek hal tersebut dengan PT Bintang Tujuh).

19) Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar

Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar yaitu terwujudnya pegawai yang memenuhi standar kompetensi yang meliputi pengetahuan, pemahaman, kemampuan, nilai, sikap dan minat. Adapaun capainnya sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	75%	77%	102,66%	80%	93,32%	116,65%

Deskripsi Analisa:

Capaian indikator persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar tercapai sebesar 93,32%, atau mencapai target karena penyelenggarakan pelatihan internal 3 kemampuan dasar dengan metode *blended learning* memungkinkan untuk diikuti oleh seluruh pegawai.

Permasalahan:

Peningkatan kompetensi pegawai pada awalnya mengalami masalah dalam pelaksanaan kegiatan dikarenakan adanya *pandemic covid-19* sehingga banyak kegiatan pelatihan yang ditunda dan dibatalkan.

Rencana Tindak Lanjut:

Rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan agar kompetensi pegawai sesuai standar bisa terpenuhi adalah :

1. Pelaksanaan kegiatan pengembangan kompetensi berupa pendidikan dan pelatihan perlu dilakukan penyesuaian di masa *pandemic* misalnya dengan pelaksanaan secara daring, *blended learning*, *coaching* dan sebagainya agar dapat tetap terlaksana
2. Upaya memenuhi muatan 20 jpl untuk setiap pegawai dilakukan dengan menyelenggarakan pelatihan internal/ *in house training*
3. Kerjasama dengan Balai-balai penyelenggara pelatihan Kesehatan untuk mengadakan diklat bagi jabatan- jabatan fungsional

4. Penyelenggaraan pelatihan terakreditasi juga sangat membantu untuk memenuhi gap kompetensi pegawai

20) Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		70%	90%	128,57%

Deskripsi Analisa:

Capaian indikator persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar capaiannya melebihi target yaitu sebesar 90% dari target 70%. Komponen perilaku kinerja yang diukur saat ini adalah keberadaan, inisiatif, kehandalan, kepatuhan, kerjasama, perilaku.

Permasalahan:

Permasalahan yang muncul biasanya adalah teknis pengambilan data untuk menilai perilaku kinerja sesuai standar. Pada tahun 2020 penilaian diambil dari data survey budaya kerja yang dilakukan setiap 6 bulan sekali. Pada penilaian kinerja bulanan hanya tergambar sebagian komponen saja.

Rencana Tindak Lanjut:

Untuk optimalisasi pengambilan data maka rencana tindak lanjutnya adalah :

1. Memasukkan 6 komponen perilaku kerja ke dalam penilaian kinerja bulanan sehingga dapat dilakukan evaluasi setiap bulan
2. Komponen perilaku kinerja dimasukkan dalam aplikasi penilaian kinerja

21) Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%

Pendapatan operasional merupakan PNBPN BLU yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (rupiah murni) dan hibah.

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya pertumbuhan	10%	-1,78%	0%	10%	-24,20%	0%

pendapatan > 10%						
Realisasi Pendapatan	64.660.856.180			49.015.748.009		

Deskripsi Analisa:

Pertumbuhan pendapatan

$$\begin{aligned}
 & \text{Pendapatan operasional tahun berjalan} \\
 & = \frac{-\text{pendapatan operasional tahun lalu}}{\text{pendapatan operasional tahun lalu}} \times 100\% \\
 & = \frac{49.015.748.009 - 64.660.856.180}{64.660.856.180} \times 100\% \\
 & = -24.20\%
 \end{aligned}$$

Capaian indikator terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10% tidak tercapai. Karena sektor pendapatan utama BLU dari penambahan kunjungan pasien rawat inap maupun rawat jalan jauh dari target, hal ini sebagai dampak adanya pandemi Covid 19. Sehingga hampir seluruh masyarakat / pasien membatasi diri untuk pergi memeriksakan diri ke rumah sakit kecuali dalam kondisi yang benar-benar gawat darurat. Sementara pendapatan dari sektor pendidikan dan pelatihan juga tidak memberikan hasil seperti yang diharapkan karena seluruh mahasiswa praktikan telah dirumahkan dan ditiadakan praktek lapangan oleh mitra institusi. Pendapatan dari sektor umum belum mampu mendongkrak pendapatan secara umum.

Permasalahan:

Adanya dampak pandemi covid 19 terhadap penurunan jumlah kunjungan pasien rawat inap, rawat jalan, dan mahasiswa praktikan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Menerapkan screening ketat terhadap semua pengunjung pasien rawat inap, rawat jalan maupun mahasiswa praktikan untuk menemukan adanya kemungkinan orang dengan tanda gejala covid-19 dan segera melakukan tindak lanjut.
- Melakukan seting ruangan rawat inap rawat jalan sesuai dengan protokol kesehatan termasuk dengan menjaga jarak antrian.
- Memberikan pengamanan kepada petugas dengan memberikan fasilitas kebersihan tangan, alat pelindung diri dan barrier droplet di tempat kerja
- Melakukan promosi kembali kepada masyarakat dengan menampilkan video edukasi layanan masyarakat yang bertema pelayanan kesehatan jiwa yang aman dalam masa kenormalan baru di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, selanjutnya dilakukan penyebaran konten promosi melalui media sosial dan media komunikasi rumah sakit.

22) Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$

Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional merupakan perbandingan antara Pendapatan PNPB dengan Biaya Operasional dalam satu periode. Pendapatan PNPB merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang atau jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerja sama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN.

Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNPB BLU, tidak termasuk biaya penyusutan.

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$	$\geq 45\%$	46,94%	104,31%	$\geq 45\%$	43,15%	95,91%

Deskripsi Analisa:

Capaian indikator rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$ pada tahun 2020 sebesar 43,15% belum tercapai karena pengeluaran belanja anggaran lebih besar dibandingkan dengan periode sebelumnya yang disebabkan karena kebutuhan mendesak terkait penatalaksanaan pencegahan penyebaran Covid-19.

Permasalahan:

Pandemi covid-19 yang secara tidak langsung berdampak pada pendapatan rumah sakit karena menurunnya kunjungan rawat jalan, rawat inap, dan mahasiswa praktikan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan promosi kembali kepada masyarakat dengan menampilkan video edukasi layanan masyarakat yang bertema pelayanan kesehatan jiwa yang aman dalam masa kenormalan baru di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, selanjutnya dilakukan penyebaran konten promosi melalui media sosial dan media komunikasi rumah sakit.
- Melakukan efisiensi penghematan air, listrik, dll
- Menerapkan protokol kesehatan yang ketat untuk menekan biaya penanganan covid 19

Capaian Sub Bagian Penyusunan Evaluasi dan Anggaran

- Pelaksanaan Penyusunan dan Revisi 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 menggunakan Aplikasi Sakti.

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RKAKL	4	5	120 %	4	9	225 %

Permasalahan:

Pada Tahun 2020 adalah masa pandemic Covid19 sehingga dalam rangka kegiatan tersebut dilakukan revisi DIPA. Revisi DIPA sebanyak 9 kali, dari standar yang ditetapkan sebanyak 4 kali, yaitu :

- I. Revisi Buka Blokir
- II. Revisi Pencantuman SA
- III. Rev Penggunaan SA
- IV. Rev DIPA penambahan alokasi BABUN 1
- V. Revisi penambahan akun Covid
- VI. Rev Penambahan anggaran babun 2 dan penurunan target pendapatan
- VII. Revisi pergeseran antar output
- VIII. Revisi pemutakhiran data POK
- IX. Revisi pagu minus per detail Mak

Revisi ini terjadi di seluruh satker Ditjen Pelayanan Medik Kementerian Kesehatan RI.

Usulan Pemecahan Masalah:

Walaupun sering dilakukan revisi tetapi dalam pelaksanaan kegiatan terutama kegiatan dalam Akun Covid19 dapat terlaksana dengan baik. Secara Administrasi tahun 2020 terjadi pergantian pejabat KPA dan PPK tetapi karena dilakukan koordinasi maka semua kegiatan dapat dilaksanakan walaupun ada beberapa kegiatan belum terlaksana.

- 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 2020, dan dilakukan penambahan kegiatan terutama untuk Bkegiatan penggunaan saldo awal serta PEN BABUN untuk anggaran covid-19 sehingga pelaksanaan kegiatan dapat berjalan secara tepat sasaran

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RPK	1	1	100 %	2	3	150 %

Permasalahan:

Adanya pergantian pejabat pengelola keuangan (KPA dan PPK) mengakibatkan kurangnya pemahaman terhadap pelaksanaan pengelolaan anggaran. Beberapa kegiatan terlambat eksekusi dan beberapa tidak bias dieksekusi.

Usulan Pemecahan Masalah:

Koordinasi secara intensif untuk mengatasi segala persoalan pelaksanaan pengelolaan anggaran dan serah terima kegiatan baik yang telah selesai dan sedang maupun belum dieksekusi. Tetap menginkat sesuai dengan tanggal SK penugasan tersebut.

- Melaksanakan Pengawasan Anggaran**Kondisi yang dicapai:**

Pengawasan anggaran dilaksanakan secara rutin baik di Sub Bagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran, Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanan Anggaran , maupun Sub Bagian akuntansi dan BMN serta pengawasan anggaran oleh pejabat pembuat komitmen

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Pengawasan Anggaran	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

Penyerapan anggaran tahun 2020 sebesar 85,68 % untuk anggaran RM tercapai 95,09 % dan BLU tercapai 74,50 %. Target penerimaan untuk BLU tidak tercapai dimana terjadi penurunan kunjungan pasien rawat jalan maupun rawat inap dikarenakan pandemic covid19.

Usulan Pemecahan Masalah:

Dilakukan rekonsiliasi rutin penyerapan anggaran dengan unit terkait Bagian Keuangan, PPK, Unit Layanan Pengadaan maupun Bagian Administrasi Umum dan PPHP.

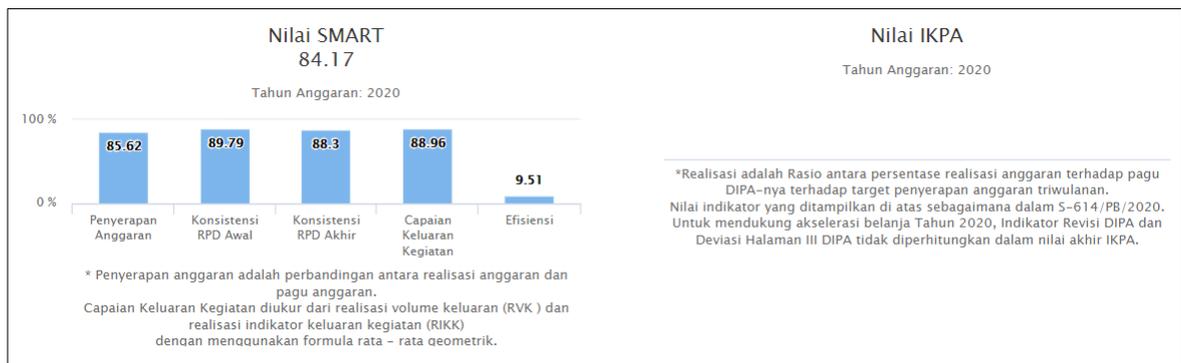
- Melaksanakan Monev DJA**Kondisi yang dicapai:**

Pada tahun 2020 Monitoring dan evaluasi secara rutin setiap bulan juga disampaikan kepada Direktorat Jenderal Anggaran Kementerian Keuangan RI. sebagai bahan informasi laporan penyerapan satuan unit kerja.

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Monev DJA	12	12	100 %	12	12	100 %

Hasil Monev DJA sebagai berikut :

Laporan Kinerja Anggaran berdasarkan SMART DJA :

**- Melaksanakan Monev PP39****Kondisi yang dicapai:**

Penyampaian laporan / monev PP39 kepada Bapenas dilakukan setiap tribulan, pada tahun 2020 RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang telah melaporkan 100 % secara rutin dan tepat waktu.

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Monev PP39	4	4	100 %	4	4	100 %

Permasalahan:

Pelaksanaan entry PP39 selama ini tidak ada kendala yang berarti dan dapat berjalan dengan lancar setiap pelaporannya.

Usulan Pemecahan Masalah:

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

Hasil Monev electronic

ELECTRONIC MONITORING & EVALUATION											
SATKER 415598 RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG											
KINERJA SATKER BERDASARKAN AKUNTABILITAS KEPATUHAN PELAPORAN											
JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN	JUL	AGU	SEP	OKT	NOV	DES
100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %
TAHUN ANGGARAN : 2020 KEMENTERIAN/LEMBAGA : [024] - KEMENTERIAN KESEHATAN UNIT KERJA ESELON I : [04] - Ditjen Pelayanan Kesehatan SATUAN KERJA : [415598] - RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG											
KEGIATAN											
NO	KODE	NOMENKLATUR	ANGGARAN			PELAKSANAAN % (Kum)					
			ALOKASI	REALISASI	%						
1	2094	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan	Rp.	161,696,352,000	Rp.	138,450,547,918	85.62	100.00			
TOTAL			Rp.	161,696,352,000	Rp.	138,450,547,918	85.62				

Capaian Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran**- Melaksanakan Tugas Kebendaharaan****Kondisi yang dicapai:**

Pelaksanaan tugas kebendaharaan pada tahun 2020 khususnya bendahara pengeluaran di bawah Sub Bagian Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran berjalan cukup baik karena dibantu oleh beberapa pembantu bendahara dalam rangka tugas kebendaharaan.

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan tugas kebhendaharaan	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

- Perbaikan dari sisi perencanaan dan pelaksanaan pengadaan juga intensitas koordinasi dengan yang terkait baik dengan PPK, ULP maupun Sub Bagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran.

Laporan Penerimaan Bendahara Penerima :

No	Bulan	Pengesahan							JUMLAH
		424111	424119	424911	424421	424311	424312	424915	
1	Januari								-
2	Februari								-
3	Maret	15.191.575.662,00		311.538.625,00	48.583.000,00	16.247.000,00	11.595.900,00		15.579.540.187,00
4	April								-
5	Mei								-
6	Juni	15.865.000.806,00		1.103.546.215,00	218.500.000,00	106.768.700,00	34.600.000,00		17.328.415.721,00
7	Juli	2.001.203.547,00							2.001.203.547,00
8	Agustus	2.418.304.689,00		213.186.704,00		19.100.100,00	4.000.000,00		2.654.591.493,00
9	September	2.401.338.507,00		299.473.187,00	696.350.600,00	3.040.000,00	2.000.000,00	4.814.737,00	3.407.017.031,00
	September 2	707.140.761,00		35.774.103,00	1.080.328.300,00	100.000,00			1.823.343.164,00
10	Oktober	1.707.991.264,00		283.699.876,00					1.991.691.140,00
	Oktober 2	1.133.941.365,00		15.228.728,00	372.356.700,00	9.172.500,00	8.042.472,00		1.538.741.765,00
11	Nopember	2.297.432.774,00		290.845.345,00		3.740.000,00			2.592.018.119,00
	Nopember 2	1.344.967.859,00			3.357.206.100,00	8.105.000,00	3.375.000,00		4.713.653.959,00
12	Desember	1.795.211.963,00		253.063.202,00	419.500,00	5.665.000,00	3.375.000,00		2.057.734.665,00
	Desember 2	3.543.134.984,00		650.662.310,00	1.204.128.400,00	34.990.480,00	3.728.700,00		5.436.644.874,00
									-
	JUMLAH	50.407.244.181,00	-	3.457.018.295,00	6.977.872.600,00	206.928.780,00	70.717.072,00	4.814.737,00	61.124.595.665,00

- 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 2019			Tahun 2020		
	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 pelanggaran 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.

Capaian Sub Bagian Akuntansi dan BMN**- Menyusun Laporan Keuangan BLU****Kondisi yang dicapai:**

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

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	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

- Menyusun Laporan SAI/ SAK**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 2020 Laporan SAI/SAK terlaksana sesuai target dan terealisasi 100%.

Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020		
	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

2. Capaian Tingkes, IKT, IKI, dan Indikator Mutu Unit Kerja**a) Pencapaian Tingkat Kesehatan Tahun 2020****Aspek Keuangan**

No	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Tahun 2020	
			Haper	Nilai Riil
1	Rasio Keuangan	19		11,35
	a. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2,25	3510,88%	0,50
	b. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,75	4375,34%	2,75
	c. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Periode</i>)	2,25	46	1,25
	d. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2,25	6,35%	0,75
	e. Imbalan atas aset Tetap (<i>Return of Fixed Asset</i>)	2,25	1,10%	1,00
	f. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Enquity</i>)	2,25	1,14%	0,85
	g. Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turn Over</i>)	2,25	37	1,75
	h. Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	2,75	43,15%	2,50
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	11		11
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif)	2	Sesuai	2
	b. Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2	Sesuai disampaikan tepat waktu	2
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	Sesuai disampaikan tepat waktu	2
	d. Tarif Layanan	1	Ada	1
	e. Sistem Akuntansi	1	Sesuai	1
	f. Persetujuan rekening	0,5	Ada	0,5
	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			22,35

Aspek Pelayanan

No.	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Haper	Nilai Riil
1	Layanan			
	a. Pertumbuhan produktifitas	18		4,25
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	2	0,88	0,75
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	2	0,77	0
	3) Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	2	0,54	0
	4) Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	2	1,32	2
	5) Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2	0,66	0
	6) Pertumbuhan psikoterapi/ECT	2	0,20	0
	7) Pertumbuhan rehab medik	2	0,41	0
	8) Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	2	0,68	0
	9) Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	2	1	1,5
	b. Efektifitas Pelayanan	14		12,5
	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	99,62	2
	2) Pengembalian rekam medik	2	99,64	2
	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	0	2
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	0	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	98,80	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	0,51	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	40,58	0,5
	c. Pertumbuhan Pembelajaran	3		3
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1	0,89	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	87,5	1
	3) Program reward and punishment	1	Ada dilaksanakan	1
2	Mutu dan manfaat kepada masyarakat			

a. Mutu Pelayanan	14		12
1) Emergency Response Time Rate	2	1,31	2
2) Waktu tunggu rawat jalan	2	35,54	1,5
3) Length of stay	2	34,04	2
4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	31,22	0,5
5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	0,42	2
6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	0,82	2
7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	1,80	2
b. Mutu Klinik	12		12
1) Angka kematian di gawat darurat	2	0	2
2) Angka kematian/kebutaan ≥ 48 jam	34,2	0,283	2
3) Post Operative Death Rate (ECT)	2	0	2
4) Angka infeksi nosokomial	4		4
- Luka fiksasi		0,0043	1
- Dermatomikosis		0,0017	1
- Scabies dan pedikulosis		0,0059	1
- Postural hipotensi		0	1
5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	0	2
c. Kepedulian kepada masyarakat	4		4
1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	1	Ada program dilaksanakan	1
2) Penyuluhan Kesehatan	1	Ada program dilaksanakan	1
3) Rasio tempat tidur kelas III	2	48,93	2
d. Kepuasan Pelanggan	2		1,83
1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	100	1
2) Kepuasan Pelanggan	1	83,34	0,83
e. Kepedulian terhadap lingkungan	3		2,2
1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2	9516	2
2) Proper lingkungan	1	Hitam semua	0,2
Jumlah skor aspek pelayanan			51,78
Jumlah Total			74,13
Kriteria			Baik A

b) Pencapaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2020

No	Indikator	Standar Tw I	Triwulan 1 Tahun 2020			CIn	Standar Tw II	Triwulan 2 Tahun 2020			Cin
			Target	Haper	Cn			Target	Haper	Cn	
1	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME)	25	100	100	120	24	50	100	100	140	28
2	Ketepatan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%	80%	84,59%	103,44	20,69	80%	90%	91,38%	105,92	21,18
3	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut	100 (Skor)	100	100	100	20	100	100	100	100	20
4	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	48,64%	104,85	20,97	45%	46%	43,60%	97,76	19,55
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	100%	100%	100	20	100%	100%	100%	100	20
Total Capaian Kinerja (C)						105,66	Total Capaian Kinerja (C)				108,74

No	Indikator	Standar Tw III	Triwulan 3 Tahun 2020			CIn	Standar Tw IV	Triwulan 4 Tahun 2020			CIn
			Target	Haper	Cn			Target	Haper	Cn	
1	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME)	75	100	100	113,33	22,67	100	100	100	100	20
2	Ketepatan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%	95%	95,83%	108,02	21,60	80%	100%	93,61%	106,17	21,23
3	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut	100 (Skor)	100	100	100	20	100	100	100	100	20
4	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	47%	41,55%	94,82	18,96	45%	48%	43,16%	96,62	19,32
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	100%	100%	100	20	100%	100%	92%	95,20	19,04
Total Capaian Kinerja (C)						103,24	Total Capaian Kinerja (C)				99,6

c) Pencapaian Indikator Kinerja Individu (IKI) tahun 2020

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Januari			Februari			Maret		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	100%	100	5	100%	100	5	100%	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	96,88%	100	5	96,64%	100	5	96,10%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
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%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4

8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	100%	100	7	96,26%	100	7	99,53%	100	7
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 (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:00:34	100	2	2:18:38	100	2	1:42:04	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	0:44:00	100	5	0:46:00	100	5	0:45:00	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	2:25:00	100	5	1:55:00	100	5	1:58:00	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	37 Menit	100	5	41,40 menit	100	5	51,10 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	0:25:51	100	5	0:23:42	100	5	0:27:46	100	5
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80%	0,02	99,30%	100	2	99,70%	100	2	96,60%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	46,00%	100	10	100,30%	100	10	48,64%	100	10
Jumlah TS						100			100			100
Nilai IKI						2			2			2

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	APRIL			MEI			JUNI		
				HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	100%	100	5	100%	100	5	100%	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	97,06%	100	5	97,48%	100	5	95,87%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
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%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	98,21%	100	7	95,60%	100	7	100%	100	7

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 (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:14:35	100	2	2:06:07	100	2	1:48:05	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	0:45:00	100	5	0:38:00	100	5	0:34:00	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	1:51:00	100	5	4:22:00	50	2,5	0:55:00	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	51 menit	100	5	49 menit	100	5	52 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	0:28:33	100	5	0:31:31	75	3,75	0:25:13	100	5
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80 %	0,02	99,60%	100	2	99,70%	100	2	99,60%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	50,49%	100	10	53,49%	100	10	43,60%	100	10
Jumlah TS						100			96,25		100	
Nilai IKI						2			2		2	

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	JULI			AGUSTUS			SEPTEMBER		
				HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	100%	100	5	100%	100	5	100%	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	97,35%	100	5	96,84%	100	5	97,45%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
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%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	99,75%	100	7	98,68%	100	7	93,33%	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 (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:07:51	100	2	2:37:40	100	2	2:05:50	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	0:30:00	100	5	0:27:06	100	5	0:32:00	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	1:09:00	100	5	1:16:00	100	5	1:42:00	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	55 menit	100	5	52,21 menit	100	5	47,30 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	25,41 menit	100	5	38,85 menit	75	3,75	32,40 menit	75	3,75
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80 %	0,02	99,70%	100	2	99,80%	100	2	99,70%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	43,14%	100	10	40,54%	100	10	41,55%	100	10
Jumlah TS						100			98,75		97	
Nilai IKI						2			2		2	

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	OKTOBER			NOVEMBER			DESEMBER		
				HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	100%	100	5	100%	100	5	100%	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	96,96%	100	5	96%	100	5	93,86%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
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	1,68%	100	5	1,12%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	96,97%	100	7	81,40%	75	5,25	93,10%	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 (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:10:06	100	2	2:06:20	100	2	2:02:20	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	0:21:55	100	5	0:37:00	100	5	0:28:30	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	2:25:00	100	5	0:56:00	100	5	0:41:00	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	48 menit	100	5	60,12 menit	100	5	48,56 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	39,63 menit	75	3,75	36,37 menit	75	3,75	39,56 menit	75	3,75
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80 %	0,02	99,40%	100	2	99,90%	100	2	99,70%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	41,68%	100	10	42,27%	100	10	43,16%	100	10
Jumlah TS						98,75			97		97	
Nilai IKI						2			2		2	

d) Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit Tahun 2020

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target	Realisasi tahun 2020
Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang	1	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup. (IKU.3)	10%	2,54%
	2	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri (IKU.4)	10%	0%
	3	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan (IKU.5)	10%	0%
	4	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan (IKU. 9)	40%	62,60%
	5	Tercapainya Peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri (IKU.10)	30%	0%
	6	Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> . (IKU.11)	2	2
	7	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa (IKU.12)	10%	0%
	8	Tercapainya indikator mutu unit kerja (IKU.14)	90%	80,7%
	9	Terakreditasi Internasional (IKU.15)	Verifikasi internasional	Verifikasi internasional
	10	OEE (Overall Equipment Effectiveness) (IKU.17)	85%	70,39%
	11	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan > 10% (IKU.21)	10%	0%
Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Seksi Pelayanan Medik	12	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	13	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%

	14	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	15	Ketepatan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP (IKT)	90%	93,61%
	16	Angka kematian ibu di rumah sakit (Tinkes.2.b.5)	skor = 2	skor = 2
	17	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	18	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	19	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	20	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut (IKT)	100	100
	21	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%	100%
	22	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Inap Tepat Waktu	100%	100%
	23	Monitoring Kegiatan MPP Sesuai Pedoman	100%	100%
	24	Prosentase Kejadian pasien jatuh ≤ 3% (IKI.3)	≤ 3%	0%
	25	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP (IKI.4)	≤ 1,5 %	0%
	26	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis) (IKI.6)	≤ 5%	0,23%
	27	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP (IKI.8)	≥ 95%	96,07%
	28	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri (IKI.9)	≥90%	100%
	29	Ketepatan Identifikasi Pasien (IKI.10)	100%	100%

	30	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT) < 240 menit (IKI.12)</i>	≤ 240 menit	2 jam 6 menit 41 detik
	31	Waktu Tunggu di Rawat Jalan (IKI.13) (Tinkes.2.a.2)	≤ 60 menit	35 menit 33 detik
	32	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan (Tinkes 1.a.1)	skor = 2	skor = 1
	33	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat (Tinkes 1.a.2)	skor = 2	skor = 0
	34	Pertumbuhan hari perawatan rawat inap (Tinkes 1.a.3)	skor = 2	skor = 0
	35	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i> (Tinkes.1.b.7)	70-80%	40,58%
	36	Respon Time Layanan Gawat Darurat / <i>Emergency Respon Time Rate</i> (Tinkes.2.a.1)	skor = 2	skor = 2
	37	Length of Stay (LOS) (Tinkes.2.a.3)	< 28 hari	34,04 hari
	38	Angka Pasien Lari Gawat Darurat (Tinkes.2.b.1)	skor = 2	skor = 2
	39	Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 jam (Tinkes.2.b.2)	skor = 2	skor = 2
	40	Rasio Tempat Tidur Kelas III (Tinkes.2.c.3)	skor = 2	skor = 2
Instalasi Rawat Jalan				
PKJ	41	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	42	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	43	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	44	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	45	Waktu Tunggu di Rawat Jalan (IKI.13)	≤ 60 mnt	35 menit 33 detik

	46	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
	47	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
PKU	48	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	49	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	50	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	51	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	52	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	35 menit 33 detik
	53	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
	54	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
Sub Spesialis	55	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	56	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	57	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	58	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	59	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	33 menit
	60	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
	61	Penerapan Edukasi Pasien Autis Dengan Program Terapi	100%	100%
	62	Pelaksanaan Assesmen Awal Gangguan Pertumbuhan Perkembangan Masa Kanak	100%	100%

	63	Manajemen Risiko Mal Nutrisi Pada Anak	100%	100%
	64	Peningkatan Proporsi Anak Dan Remaja Yang Mengalami Perbaikan Klinis Yang Terukur Selama 1 Bulan	100%	98,38%
	65	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
Gigi	66	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	67	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	92%
	68	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	69	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	70	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	35 menit 33 detik
	71	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	92%
	72	Kejadian Salah Sisi Dalam Tindakan Operasi Gigi	0%	0%
	73	Proporsi Kunjungan Promotif Preventif Kesehatan Gigi Dan Mulut	30%	49%
	74	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
Fisioterapi	75	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	76	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	77	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	78	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%

	79	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	17 menit
	80	Tidak Adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi Medik	100%	100%
	81	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
	82	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
Psikologi	83	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	84	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	85	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	86	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	87	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	35 menit 33 detik
	88	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
	89	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤ 2 Hari	≥ 90 %	100%
	90	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤ 7 Hari	100%	100%
	91	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
Instalasi Rawat Inap				
Ruang ICU	92	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	93	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	94	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	99,84%

	95	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	96	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%	40,58%
	97	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	98	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %	1%
	99	Kejadian Pasien Lari	0	0,17%
	100	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24%	0,17%
	101	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	100%
	102	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100%
	103	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Ruang Perawatan Intensif Psikiatri	≥ 95%	99,04%
	104	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut Dalam Waktu ≤ 7 Hari	≥ 85 %	116,43%
	105	Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	≤ 1,5 %	0%
	106	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
	107	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	108	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%	100%
Ruang Perawatan Psikiatri & Fisik (Kemuning)	109	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,57%
	110	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%

	111	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	99,84%
	112	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	113	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%	40,58%
	114	Length of Stay (LOS)	< 28 hari	34,04
	115	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	116	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %	1%
	117	Kejadian Pasien Lari	0	0,17%
	118	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰	0,17%
	119	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	100%
	120	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100%
	121	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%	0%
	122	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤ 5‰	1,04%
	123	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
	124	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	125	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%	100%
Ruang Perawatan Psikiatri	126	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	127	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%

	128	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	99,84%
	129	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	130	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%	40,72%
	131	Length of Stay (LOS)	< 28 hari	35,02 hari
	132	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	133	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %	1%
	134	Kejadian Pasien Lari	0	0,17%
	135	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰	0,17%
	136	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	100%
	137	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100%
	138	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
	139	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	140	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%	100%
Ruang Perawatan Non Psikiatri (Metro)	141	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	142	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	143	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	99,84%
	144	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%

	145	Bed Occupancy Rate (BOR)	70-80%	30,79%
	146	Length of Stay (LOS)	< 28 hari	5,98 hari
	147	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	148	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	≤ 5 %	1%
	149	Kejadian Pasien Lari	0	0,17%
	150	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰	0,17%
	151	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	100%
	152	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100%
	153	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%	0%
	154	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤ 5‰	1,04%
	155	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
	156	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
IGD	157	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	158	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	159	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	160	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	161	Kematian Pasien ≤ 8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2‰	0,002%

	162	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT) ≤ 240 menit (IKI.12)</i>	≤240 menit	2 jam 6 menit 42 detik
	163	Respon Time Layanan Gawat Darurat / <i>Emergency Respon Time Rate (Tinkes.2.a.1)</i>	100%	1 menit 19 detik
	164	Pelaksanaan pengisian assesmen awal kunjungan pasien PONEK di IGD	100%	0%
	165	Pelaksanaan pemeriksaan penunjang pada kunjungan pasien psikogeriatry yang rawat inap	100%	100%
	166	Evaluasi Proses Rujukan	100%	100%
	167	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
Instalasi Psikogeriatry	168	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	169	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	170	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	171	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	172	Lama Rawat Inap Pasien Psikogeriatry dengan Komorbiditas Penyakit Fisik ≤ 6 Minggu	≥ 80%	20%
	173	Pertumbuhan Layanan Psikogeriatry (IKU.4)	10%	0%
	174	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan (IKU.5)	10%	0%
	175	Peningkatan Status Fungsional Pasien rawat Inap Psikogeriatry	≥ 80%	100%
	176	Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Rawat Inap Psikogeriatry	≥ 80%	100%
	177	Waktu Tunggu Layanan Day Care Psikogeriatry	≤ 60 menit	31,63 menit
	178	Angka Rehospitaliksasi Pasien Rawat Inap Psikogeriatry	<15%	1,21%

	179	Tercapainya Koordinasi Pembangunan Satu Kota Ramah Lansia 10% per bulan	100%	100%
	180	Terlaksananya Proses Pengampunan Terhadap Rumah Sakit Jejaring di Bidang Psikogeriatric 1 kali per bulan	100%	100%
	181	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	182	Kejadian Pasien Lari	0%	0,17%
Bidang Pelayanan Penunjang				
Seksi Pelayanan Penunjang Medik	183	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	184	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	185	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	186	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) (IKI.2)	≥80%	96,54%
	187	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi (IKI.16) (Tinkes.2.a.4)	≤30 menit	31,22 menit
	188	Penulisan resep sesuai Formularium (Tinkes.1.b.5)	skor = 2	skor = 2
Instalasi Gizi	189	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	190	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	191	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	192	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥ 90 %	100%
	193	Ketepatan Pemberian Diet	100%	100%

	194	Kepuasan Pelanggan	≥ 80%	85,20%
Instalasi Farmasi	195	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	196	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	197	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	198	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) (IKI.2)	≥ 90%	96,54%
	199	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi (IKI.16) (Tinkes.2.a.4)	≤30 menit	31,22 menit
	200	Penulisan resep sesuai Formularium (Tinkes.1.b.5)	skor = 2	skor = 2
	201	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	44,17 menit
	202	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%	100%
	203	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa di Tempat Pelayanan	100%	100%
	204	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%	82,94%
	Instalasi Napza	205	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
206		Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
207		Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
208		Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
209		Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥ 50 %	100%
210		Detoksifikasi Napza tercapai dalam waktu lama detoksifikasi ≤ 2 minggu	≥ 95%	100%

	211	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
Instalasi Bedah	212	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	213	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	214	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	215	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	216	Penandaan Lokasi Operasi	100%	100%
	217	Asesmen Prasedasi dan Pra-anestesi	100%	100%
	218	Kematian di Meja Operasi	0	0
	219	Pelaksanaan <i>Surgical Safety Check List</i>	100%	100%
	220	Pelaksanaan Asesmen Awal Pra Bedah	100%	100%
	221	Tidak adanya kejadian salah Sisi	100%	100%
	222	Waktu Tunggu Operasi Elektif < 2 hari	100%	100%
	223	Pemantauan Ketidaksesuaian Diagnosis Pre dan Post Anestesi	100%	100%
	224	Evaluasi Ulang Jika Terjadi Konversi Tindakan Dari Anestesi Lokal/Regional Ke General	100%	100%
	225	Pelaksanaan Monitoring Status Fisiologis selama Anestesi	100%	100%
	226	Pelaksanaan Monitoring Proses Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam	100%	100%
Seksi Pelayanan Penunjang Non Medik	227	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%

228	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
229	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
230	Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT) (IKI.5)	100%	100%
231	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT (Tinkes.1.a.6)	skor = 2	skor = 0
232	Angka Pembatalan Operasi/ECT (Tinkes. 1.b.3)	skor = 2	skor = 2
233	Waktu tunggu sebelum operasi/ECT (Tinkes.2.a.5)	≤ 2 hari	0,42 hari
234	<i>Post Operative Death Rate</i> (ECT) (Tinkes.2.b.3)	skor = 2	skor = 2
235	Waktu Tunggu Pelayanan/ Hasil Radiologi ≤ 3 Jam (IKI.14) (Tinkes.2.a.7)	≤ 3 Jam/180 menit	1 jam 47 menit 55 detik
236	Pertumbuhan pemeriksaan Radiologi (Tinkes 1.a.4)	skor = 2	skor = 2
237	Angka Kegagalan Hasil Radiologi (Tinkes.1.b.4)	skor = 2	skor = 2
238	Waktu Tunggu Pelayanan/Hasil Laboratorium (WTPL) ≤ 2 Jam (IKI.15) (Tinkes.2.a.6)	≤ 2 jam	0,82 jam
239	Pertumbuhan pemeriksaan Laboratorium (Tinkes.1.a.5)	skor = 2	skor = 0
240	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (Tinkes.1.b.6)	skor = 2	skor = 2
241	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME) (IKT.1)	100%	100%
242	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam (IKI.17)	80%	99,63%
243	Kelengkapan Rekam Medik dalam waktu 24 Jam (Tinkes.1.b.1)	skor = 2	skor = 2
244	Pengembalian Rekam Medik (Tinkes.1.b.2)	skor = 2	skor = 2

	245	Pertumbuhan Rehab Medik (Tinkes.1.a.7)	skor = 2	skor = 0
	246	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain (Tinkes.2.c.1)	skor = 1	skor = 1
	247	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit (Tinkes.2.c.2)	skor = 1	skor = 1
Instalasi PKRS	248	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	249	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	250	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	251	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain (Tinkes.2.c.1)	100% / skor = 1	skor = 1
	252	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit (Tinkes.2.c.2)	≥ 90 %	92%
	253	Pelaksanaan pelatihan keterampilan melakukan pemeriksaan Ubbreviated Mental Test (AMT), Geriatric Depression Scale (GDS) dan Barthel Index oleh Perawat terlatih kepada tenaga kesehatan dan/atau kader kesehatan di PPK 1	≥ 90 %	43%
Instalasi Rekam Medik	254	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	255	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	256	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	257	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME) (IKT.1)	100%	100%
	258	Kelengkapan Rekam Medik dalam waktu 24 Jam (Tinkes.1.b.1)	100%	99,63%
	259	Pengembalian Rekam Medik (Tinkes.1.b.2)	skor = 2	skor = 2

	260	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam (IKI.17)	80%	99,63%
Instalasi Rehab Medik dan Psikososial	261	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	262	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	263	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	264	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	265	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%	100%
	266	Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi ≤60 Menit	≤60 Menit	17 menit
	267	Kepatuhan pencegahan resiko pasien jatuh	100%	100%
	268	Penerapan Edukasi Pasien Rehabilitasi Medik	100%	100%
	269	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %	83,33%
	270	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 65 %	93,68%
Laboratorium	271	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	272	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	273	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	274	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	275	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%
	276	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%

	277	Waktu Tunggu Pelayanan/Hasil Laboratorium (WTPL) < 2 Jam (IKI.15) (Tinkes.2.a.6)	≤ 120 menit	49,17 menit
	278	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	91,25%
	279	Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium <30 menit	100%	100%
	280	Kejadian Pasien Jatuh	0	0
	281	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (Tinkes.1.b.6)	skor = 2	skor = 2
Radiologi	282	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	283	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	284	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	285	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	286	Pelaporan Hasil Tes Kritis Radiologi <60menit	100%	100%
	287	Waktu Tunggu Pelayanan/Hasil Radiologi ≤ 3 Jam (IKI.14) (Tinkes.2.a.7)	100%	100%
	288	Kejadian Pasien Jatuh	0	0
Elektromedik	289	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	290	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	291	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	292	Identifikasi Pasien Sedikitnya Dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%
	293	Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT) (IKI.5)	100%	100%

	294	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT (Tinkes.1.a.6)	skor = 2	skor = 0
	295	Angka Pembatalan Operasi/ECT (Tinkes. 1.b.3)	skor = 2	skor = 2
	296	Waktu tunggu sebelum operasi/ECT (Tinkes.2.a.5)	≤ 2 hari	0,42 hari
	297	<i>Post Operative Death Rate</i> (ECT) (Tinkes.2.b.3)	skor = 2	skor = 2
	298	Pelaporan Hasil Tes Kritis EKG <60 menit	100%	100%
	299	Kejadian Pasien Jatuh	0	0
Unit Pemeliharaan Alkes	300	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat Kesehatan	100%	100%
	301	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	100%	100%
Direktur, Perencanaan, Keuangan, & BMN	302	Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> (IKU.11)	2	2
	303	Tercapainya indikator mutu unit kerja (IKU.14)	90%	80,7%
	304	Terakreditasi Internasional (IKU.15)	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional
	305	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT (IKU.16)	1 paket	1 paket
	306	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan (IKU.18)	10%	14,22%
	307	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan > 10% (IKU.21)	10%	0%
	308	Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional > 45% (IKU.22) (IKT.5) (IKI.20)	≥45%	43,16%
Bagian Perencanaan dan Evaluasi				
Subbagian Perencanaan Program	309	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	100%

	310	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	311	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%
	312	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif) (Tinkes.2.a)		
	313	- Ditandatangani sebelum tgl 31 Des tahun sebelumnya	skor = 0,4	skor = 0,4
	314	- Ditandatangani oleh pemimpin BLU	skor = 0,4	skor = 0,4
	315	- Diketahui oleh Dewas	skor = 0,4	skor = 0,4
	316	- Disetujui oleh Menteri	skor = 0,4	skor = 0,4
	317	- Format sesuai dengan PMK No.95/PMK.05/2011	skor = 0,4	skor = 0,4
	318	Terlaksananya telaah perencanaan kegiatan unit kerja	100%	100%
	319	Tersusunnya Dokumen Rencana Kinerja Tahunan	100%	100%
Subbagian Evaluasi dan Pelaporan	320	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	100%
	321	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	322	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%
	323	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Manajemen	100%	93,33%
	324	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%	100%
	325	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	100%

	326	Ketepatan Waktu Pengumpulan Laporan dari Unit Kerja	100%	100%
Instalasi SIRS	327	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	328	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	329	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS) (IKT)	100%	92%
	330	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer	≥ 90%	124%
	331	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	≥ 90%	112%
	332	Ketepatan Waktu Pengembangan Aplikasi / <i>Software</i>	≥ 80 %	119%
Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara				
Subbagian Penyusunan dan Evaluasi Anggaran	333	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	334	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	335	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	336	Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	skor = 2	skor = 2
	337	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	100%	225%
	338	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	100%	150%
	339	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%	95.09%
Subbagian Perbendaharaan dan	340	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%

Pelaksanaan Anggaran	341	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	342	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	343	Penyerapan Anggaran	40%	85,68%
	344	Pemberian Informasi tagihan rawat inap	≤ 30 menit	100%
	345	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan Rumah Sakit	100%	100%
	346	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%	100%
	347	Tarif Layanan (Tinkes.3.d)	skor = 2	skor = 2
		Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (Tinkes.2.c)		
	348	- SP3BBLU TW 1 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4	skor = 0,4
	349	- SP3BBLU TW 2 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4	skor = 0,4
	350	- SP3BBLU TW 3 saldo kas telah sesuai	skor = 0,6	skor = 0,6
	351	- SP3BBLU TW 4 saldo kas telah sesuai	skor = 0,8	skor = 0,8
		Persetujuan rekening (Tinkes.3.f)		
	352	- Rekening pengelolaan kas	skor = 0,1	skor = 0,1
	353	- Rekening operasional	skor = 0,3	skor = 0,3
	354	- Rekening dana kelolaan	skor = 0,1	skor = 0,1
	355	SOP Pengelolaan Kas (Tinkes.3.g)	skor = 0,5	skor = 0,5

	356	SOP Pengelolaan Piutang (Tinkes.3.h)	skor = 0,5	skor = 0,5	
	357	SOP Pengelolaan Utang (Tinkes.3.i)	skor = 0,5	skor = 0,5	
Subbagian Akuntansi dan Barang Milik Negara	358	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%	
	359	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%	
	360	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%	
	361	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB) (IKT.5) (IKI.20)	>45%	43,15%	
	362	Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik Negara	100%	100%	
	363	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB) (IKT.5) (IKI.20) (Tinkes.1.h)	>45%	43,15%	
	364	Rasio Kas (Cash Ratio) (Tinkes.1.a)	skor = 2,25	skor = 0,5	
	365	Rasio Lancar (Current Ratio) (Tinkes.1.b)	skor = 2,75	skor = 2,75	
	366	Periode Penagihan Piutang (Collection Periode) (Tinkes.1.c)	skor = 2,25	skor = 1,25	
	367	Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover) (Tinkes.1.d)	skor = 2,26	skor = 0,75	
	368	Imbalan atas Aset Tetap (Return of Fixed Asset) (Tinkes.1.e)	skor = 2,25	skor = 1	
	369	Imbalan Ekuitas (Return on Enquity) (Tinkes.1.f)	skor = 2,25	skor = 0,85	
	370	Perputaran Persediaan (Inventory Turn over) (Tinkes.1.g)	skor = 2,25	skor = 1,75	
			Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (Tinkes. 2.b)		
	371		- Laporan Keuangan Semester 1 disampaikan ≤ tanggal 15	skor = 0,66	skor = 0,66

	372	- Laporan Keuangan Tahunan ≤ tanggal 22 Januari tahun anggaran berikutnya	skor = 0,67	skor = 0,67
	373	- Laporan Keuangan Tahunan Audited disampaikan sampai batas akhir penyampaian LKKL Audited kepada Menteri Keuangan	skor = 0,67	skor = 0,67
		Sistem Akuntansi (Tinkes.3.e)		
	374	- Sistem akuntansi keuangan	skor = 0,6	skor = 0,6
	375	- Sistem akuntansi biaya	skor = 0,2	skor = 0,2
	376	- Sistem Akuntansi Aset tetap	skor = 0,2	skor = 0,2
	377	SOP Pengelolaan Barang Inventaris (Tinkes.3.k)	skor = 0,5	skor = 0,5
ULP	378	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	379	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	380	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	381	SOP pengadaan Barang dan Jasa (Tinkes.3.j)	skor = 0,5	skor = 0,5
	382	Kelengkapan Dokumen Pengadaan	100%	100%
	383	Kejadian Lelang Gagal	≤ 40%	0%
PPK	384	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	385	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	386	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%

Panitia Penerima	387	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	388	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	389	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	390	Kelengkapan Dokumen Penerimaan Barang/Jasa	100%	100%
	391	Hasil Pemeriksaan dan Penerimaan Barang/Jasa Sesuai Kontrak	100%	100%
Direktur SDM, Pendidikan, dan Umum	392	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	393	Tingkat kepuasan Pasien dan Masyarakat (IKM) (IKU.1) (IKI.11) (Tinkes.2.d.2)	85	83,34%
	394	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (IKU.2)	100%	100%
	395	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional (IKU.6)	2	2
	396	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa (IKU.7)	1	1
	397	Tercapainya pertumbuhan pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa (IKU.8)	10%	7%
	398	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan (IKU. 9)	40%	62,60%
	399	Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> (IKU.11)	2	2
	400	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja (IKU.13)	70%	90%
	401	Tercapainya indikator mutu unit kerja (IKU.14)	90%	80,7%
	402	Terakreditasi International (IKU.15)	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional
	403	OEE (Overall Equipment Effectiveness) (IKU.17)	85%	70,39%

	404	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan (IKU.18)	10%	14,22%
	405	Persentase Kompetensi Pegawai yang sesuai standar. (IKU.19)	80%	93,32%
	406	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar. (IKU.20)	70%	90%
	407	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan > 10% (IKU.21)	10%	0%
Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian				
Subbagian Administrasi SDM	408	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	409	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	410	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	411	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	100%
	412	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100%
	413	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	86%
	414	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	86%
	415	Program Pemberian Penghargaan dan Konsekuensi (Tinkes.1.c.3)	100%	100%
	416	Kepuasan Karyawan Terhadap Organisasi	≥95%	91%
	417	Pembinaan Permasalahan Pegawai Terlaksana Tepat Waktu	100%	100%
	418	Tercapainya Evaluasi Penilaian Kinerja Pegawai Sesuai Target	≥95%	100%
	419	Ketepatan Waktu Penerbitan SPK dan RKK	100%	100%

Subbagian Pengembangan SDM, Pendidikan, dan Penelitian	420	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	421	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	422	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	423	Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan	100%	100%
	424	Prosentase Pegawai Yang Mendapatkan Pelatihan ≥ 20 JPL per tahun	≥ 80%	88,30%
	425	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis Kepuasan Pelanggan Terhadap Adanya Peserta Didik.	≥ 80% dari semua institusi	100%
	426	Evaluasi Pasca Pelatihan	2/tahun	100%
	427	Prosentase Pemenuhan Standar Kompetensi SDM untuk Area Prioritas	≥ 80%	100%
	428	Ketepatan Waktu Pembayaran Remunerasi Pegawai	100%	100%
	429	Terlaksananya Perencanaan Pengembangan SDM Sesuai Kompetensi	>80%	93,32%
	430	Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran (Tinkes 1.a.8)	skor = 2	skor = 0
	431	Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan (Tinkes 1.a.9)	skor = 2	skor = 0
	432	Rata-rata jam pelatihan/karyawan (Tinkes.1.c.1)	skor = 1	skor = 1
	433	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT (Tinkes.1.c.2)	skor = 1	skor = 1
	Instalasi Diklit	434	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
435		Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%

	436	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	437	Prosentase Pelaksanaan Pelatihan Internal Sesuai Perencanaan	100%	30,6%
	438	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	100%	100%
Komisi Etik dan Penelitian Kesehatan	439	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	440	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	441	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	442	Telaah Penelitian < 7 hari kerja	100%	100%
	443	Publikasi Penelitian di RSJ 1 per tahun	100%	100%
Tim Marketing	444	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	100%
	445	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	446	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	447	Kunjungan Wisata Jiwa (iWellness Tourism) 50 pasien per bulan	100%	0%
	448	Penawaran Paket Kesehatan Jiwa ke instansi lain 4 kali sebulan	100%	0%
Bagian Organisasi dan Umum				
Subbagian Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	449	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	450	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	451	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%

	452	Pendampingan Masalah Hukum	100%	100%
	453	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	100%	100%
	454	Tingkat kepuasan Pasien dan Masyarakat (IKM) (IKU.1) (IKI.11) (Tinkes.2.d.2)	85%	83,34%
	455	Promosi Pelayanan Rumah Sakit Koordinasi dengan pemasaran	100%	128,78%
	456	Prosentase Komplain Yang Ditindak Lanjuti/Penanganan Pengaduan (Tinkes.2.d.1)	skor = 1	skor = 1
Subbagian Umum	457	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	100%
	458	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	459	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%
	460	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%	100%
	461	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%	100%
	462	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Rumah Tangga	100%	100%
	463	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Makanan	100%	100%
Instalasi Binatu	464	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	100%
	465	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	100%
	466	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	100%
	467	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT	99%
	468	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%	100%

	469	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	99%
	470	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%
Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS	471	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	472	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	473	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	474	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%	100%
	475	Pengelolaan Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) sesuai Permenkes no 7 th 2019	100%	100%
	476	Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri (Tinkes.2.e.1)	≥ 7500.	9516
	477	Proper Lingkungan (Tinkes.2.e.2)	skor = 1	skor = 0,2
IPSR	478	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	479	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	480	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	481	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥ 80 %	100%
	482	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%	100%
Satuan Pengawas Internal (SPI)	483	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	484	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	485	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%

	486	Terlaksananya Kegiatan Pengawasan sesuai Program Kegiatan Pengawasan Tahunan (PKPT)	100%	94,12%
Komite Medik	487	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	488	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	489	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	490	Kepatuhan jam Visite Dokter Spesialis	80%	91.35%
	491	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i> (IKI.1)	100%	100%
	492	Pelaksanaan Audit Medis Dua Kali dalam Setahun	100%	0%
	493	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Medis	100%	100%
	494	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial bagi Semua Dokter	100%	100%
Komite Keperawatan	495	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	496	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	497	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	498	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Perawat	100%	86,49%
	499	Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sesuai dengan Standar Keperawatan	≥ 90%	90%
Komite Etik & Hukum	500	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	501	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%

	502	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	503	Terlaksananya Kegiatan Pencegahan Permasalahan Etik	100%	100%
	504	Terlaksananya Monitoring dan Evaluasi Serta Tindak Lanjut Maslah Etik dan hukum di Rumah Sakit	100%	100%
Komite PPI	505	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	506	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i> (IKI.7)	≥ 95 %	99,6%
	507	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	508	Pencapaian Surveilans HAI's	100%	100%
		Angka infeksi nosokomial (Tinkes.2.b.4)		
	509	- luka fiksasi (AIN < 1,5%)	skor = 1	skor = 1
	510	- dermatomikosis (AIN < 1,5%)	skor = 1	skor = 1
	511	- scabies dan pedikulosis (AIN < 1,5%)	skor = 1	skor = 1
	512	- postural hipotensi (AIN < 1,5%)	skor = 1	skor = 1
Komite K3RS	513	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	514	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	515	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	516	Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja	0	0

	517	Simulasi Kesiapsiagaan Bencana di Setiap Unit Kerja	100%	100%
Komite Mutu & Keselamatan Pasien	518	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	519	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	≥ 95 %	99,6%
	520	Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%	98,27%
	521	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksiesuaian	100%	100%
	522	Tercapainya Pendampingan Komite Mutu Terhadap Pelaksanaan Indikator Mutu Unit Kerja setiap Bulan	100%	100%
	523	Pelaporan Kegiatan Pendampingan Komite Mutu Terhadap Pelaksanaan Indikator Mutu Unit Kerja kepada Direktur Utama Secara Tepat Waktu	100%	100%
	524	Pelaporan IKP kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas Secara Tepat Waktu	100%	90%
	525	Pelaporan IKP, KTD, Sentinel kepada KARS dan KNKP secara tepat waktu	100%	90%
Komite Tenaga Kesehatan Lain	526	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	94,75%
	527	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Tenaga Kesehatan Lain	100%	66%
	528	Pelaksanaan audit proses pemberian asuhan oleh Tenaga Kesehatan Lain	>95%	0%
	529	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi oleh Tenaga Kesehatan Lain	100%	100%

B. REALISASI ANGGARAN

Laporan Keuangan berdasarkan SAIBA :

Laporan realisasi anggaran untuk periode yang berakhir 31 Desember 2020 dan 31 Desember 2019 (*audited*)

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	31 December 2020		% thd Angg	Th 2019 (<i>audited</i>)
		ANGGARAN	REALISASI		REALISASI
PENDAPATAN					
Penerimaan Negara Bukan Pajak	B.1	67.667.173.000	61.295.387.669	90,58	59.555.618.694
JUMLAH PENDAPATAN		67.667.173.000	61.295.387.669	90,58	59.555.618.694
BELANJA	B.2.				
51 - Belanja Pegawai	B.3	48.125.388.000	46.628.881.265	96,89	47.931.437.995
52 - Belanja Barang	B.4	94.133.274.000	75.031.558.331	79,71	75.523.664.156
53 - Belanja Modal	B.5	19.437.690.000	16.790.108.322	86,38	10.525.758.090
JUMLAH BELANJA		161.696.352.000	138.450.547.918	85,62	133.980.860.241
Sisa Lebih/Kurang Pembiayaan Anggaran (SiLPA/SiKPA)			(77.155.160.249)		(74.425.241.547)

Selama periode berjalan,RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah mengadakan revisi DIPA (Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran) awal sebagai berikut :

- Revisi Buka Blokir merupakan Revisi Administrasi, Revisi Anggaran Buka Blokir MAK 533111-509 Belanja Modal Gedung dan Bangunan sebesar Rp. 6,019,000,000; dikarenakan pada saat DIPA terbit surat ijin dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI belum diterima
- Pencantuman Saldo Awal merupakan Revisi Administrasi pada awal tahun, hal ini dikarenakan penerbitan DIPA sebelum tutup buku tahun sebelumnya sehingga angka Saldo Awal baru diketahui setelah Pengesahan dengan KPPN di tahun berjalan. Saldo Awal yang dicantumkan sebesar Rp. 61,855,013,403;
- Penggunaan Saldo Awal, Revisi tersebut berdasarkan pemenuhan kebutuhan kegiatan operasional yang prioritas dan mendesak guna meningkatkan mutu pada pelayanan kesehatan. Adapun kegiatan yang diajukan pembiayaannya antara lain tersebut sebagai berikut : Rehab Berat Gedung Pelayanan, Pengadaan Kendaraan Operasional (Ambulance, Mobil Box untuk distribusi makanan, kendaraan dropping pasien). Saldo Awal yang digunakan sebesar Rp. 6,205,622,000.
- Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2020 adalah sebesar Rp 61.295.387.669 atau mencapai 90.58% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp 67.667.173.000
- Realisasi Belanja TA 2020 hingga bulan Desember adalah sebesar Rp 138.450.547.918 atau 85,62% dari anggaran belanja sebesar Rp 161.696.352.000.
- Realisasi Belanja Pegawai TA 2020 dan 2019 adalah masing-masing sebesar Rp 46.628.881.265 dan RP 47.931.437.995.

- Realisasi Belanja Barang TA 2020 dan 2019 adalah masing- masing sebesar Rp 75.031.558.331 dan Rp 75.523.664.156. Realisasi Belanja Barang TA 2020 mengalami penurunan sebesar 0,01% dari Realisasi Belanja Barang pada TA 2019.
- Realisasi Belanja Modal TA 2020 dan 2019 adalah masing- masing sebesar Rp 16.790.108.322 dan Rp. 10.525.758.090. Realisasi Belanja Modal pada TA 2020 mengalami kenaikan sebesar 0,03% dibandingkan TA 2019.

Laporan Operasional Badan Layanan Umum untuk periode TA 2020 dan 2019

(Dalam Rupiah)

URAIAN	31-Des-20	31-Des-19
KEGIATAN OPERASIONAL		
PENDAPATAN OPERASIONAL		
Pendapatan Alokasi APBN	83.461.755.331	76.497.672.297
Pendapatan BLU	49.241.946.989	64.879.785.775
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	38.262.066.955	61.145.375.485
Pendapatan Hibah BLU	226.198.980	218.929.595
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	307.481.259	-
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	6.989.181.500	1.369.281.891
Pendapatan BLU Lainnya	3.457.018.295	2.146.198.804
JUMLAH PENDAPATAN	132.703.702.320	141.377.458.072
BEBAN OPERASIONAL		
Beban Pegawai	73.775.746.558	76.850.979.323
Beban Persediaan	18.933.523.317	25.620.674.283
Beban Barang dan Jasa	16.487.414.997	21.410.769.523
Beban Pemeliharaan	4.592.742.483	6.090.807.069
Beban Perjalanan Dinas	315.336.570	306.419.901
Beban Barang untuk Diserahkan kepada Masyarakat	-	-
Beban Bantuan Sosial	-	-
Beban Penyusutan dan Amortisasi	14.841.664.293	14.372.814.104
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	3.565.036	204.303.014
Beban Lain-lain	-	-
JUMLAH BEBAN	128.949.993.254	144.856.767.217
SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL	3.753.709.066	(3.479.309.145)
KEGIATAN NON OPERASIONAL		
Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar		
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar	-	-
Beban Pelepasan Aset Non Lancar	-	-
Jumlah Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar	-	-
Surplus (Defisit) dari Kegiatan non Operasional Lainnya		
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	561.387.999	11.919.302.193
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	676.834.098	4.215.892.362
Jumlah Surplus (Defisit) Dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	(115.446.099)	7.703.409.831
Jumlah Surplus /Defisit Dari Keg. Non Operasional	(115.446.099)	7.703.409.831
SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS LUAR BIASA	(115.446.099)	7.703.409.831
SURPLUS/DEFISIT LO	3.638.262.967	4.224.100.686

Pendapatan dari kegiatan operasional untuk periode sampai dengan 31 Desember 2020 adalah sebesar Rp 132.703.702.320, sedangkan jumlah beban dari kegiatan operasional adalah sebesar Rp 128.949.993.254 sehingga terdapat surplus dari

Kegiatan Operasional senilai Rp 3.753.709.066 Surplus/Defisit Penjualan Aset Non Lancar dan Surplus/Defisit dari Kegiatan Non Operasional masing-masing sebesar Rp0 dan defisit sebesar Rp 115.446.099, sehingga Surplus Laporan Operasional sebesar Rp 3.638.262.967.

Neraca Per 31 Desember 2020 dan 31 Desember 2019

(DalamRupiah)

URAIAN	Th 2020	Th 2019 (audited)
ASET		
ASET LANCAR		
Kas Lainnya dan Setara Kas	1.694.133.861	37.384.851
Kas	67.990.816.481	61.855.013.403
Piutang bukan pajak	-	21.866.200
penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang bukan pajak	-	(109.331)
piutang bukan pajak (netto)	-	21.756.869
Piutang dari keg operasional BLU	4.825.946.877	16.959.815.203
penyisihan Piutang Tak Tertagih - piutang operasional BLU	(3.271.853.334)	(3.268.288.298)
piutang dari keg operasional blu (netto)	1.554.093.543	13.691.526.905
persediaan	13.492.655.398	6.772.956.239
Jumlah Aset Lancar	84.731.699.283	82.378.638.267
ASET TETAP		
Tanah	526.493.393.000	526.493.393.000
Peralatan dan Mesin	111.450.399.376	102.455.509.079
Gedung dan Bangunan	120.741.028.999	140.534.239.682
Jalan Irigasi dan Jaringan	12.556.101.300	12.556.101.300
Aset Tetap Lainnya	667.222.955	572.297.000
Konstruksi dalam pengerjaan	5.514.464.297	126.760.000
Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(106.136.941.344)	(113.508.528.504)
Jumlah Aset Tetap	671.285.668.583	669.229.771.557
ASET LAINNYA		
Aset Tak Berwujud	520.884.500	508.684.500
Aset Lain-Lain	10.202.000	10.202.000
Akumulasi Penyusutan dan Amortisasi Aset Lainnya	(408.458.813)	(315.778.688)
Jumlah Aset Lainnya	122.627.687	203.107.812
JUMLAH ASET	756.139.995.553	751.811.517.636
KEWAJIBAN		
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK		
Utang kepada Pihak Ketiga	1.936.572.924	1.203.246.464
Pendapatan Diterima di Muka	72.680.991	102.516.398
Jumlah Kewajiban Jangka Pendek	2.009.253.915	1.305.762.862
JUMLAH KEWAJIBAN	2.009.253.915	1.305.762.862
EKUITAS		
Ekuitas	754.130.741.638	750.505.754.774
JUMLAH EKUITAS	754.130.741.638	750.505.754.774
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	756.139.995.553	751.811.517.636

Neraca menggambarkan posisi keuangan entitas mengenai aset, kewajiban, dan ekuitas pada 31 Desember 2020. Nilai Aset per 31 Desember 2020 dicatat dan disajikan sebesar Rp 756.139.995.553 yang terdiri dari : Aset Lancar sebesar Rp 84.731.699.283; Aset Tetap (neto) sebesar Rp 671.285.668.583; dan Aset Lainnya (neto) sebesar Rp 122.627.687. Nilai Kewajiban dan Ekuitas masing-masing sebesar Rp 2.009.253.915 dan Rp 754.130.741.638.

Laporan Perubahan Ekuitas untuk periode yang berakhir 31 Desember 2020 dan 2019

(Dalam Rupiah)

URAIAN	Th 2020	Th 2019 (audited)
EKUITAS AWAL	750.505.754.774	719.484.998.388
SURPLUS/DEFISIT LO	3,638,262,967	4,224,100,686
KOREKSI YG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS YANG ANTARA LAIN BERASAL DARI DAMPAK KUMULATIF PERUBAHAN KEBIJAKAN AKUNTANSI/KESALAHAN MENDASAR	(13.276.103)	26.796.655.700
PENYESUAIAN NILAI ASET	-	-
KOREKSI NILAI PERSEDIAAN	-	-
SELISIH REVALUASI ASET TETAP	(464.439)	26.940.567.000
KOREKSI nilai aset tetap non revaluasi	(6.534.795)	(3.005.493)
KOREKSI LAIN-LAIN	(6.276.869)	(140.905.807)
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	-	76.108.367.124
KENAIKAN /PENURUNAN EKUITAS	3.624.986.864	31.020.756.386
EKUITAS AKHIR	754.130.741.638	750.505.754.774

Laporan Perubahan Ekuitas menyajikan informasi kenaikan atau penurunan ekuitas tahun pelaporan dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Ekuitas pada tanggal 1 Januari 2020 adalah sebesar Rp 750.505.754.774 ditambah Surplus-LO sebesar Rp 3.638.262.967 ditambah dengan selisih revaluasi asset tetap sebesar minus Rp. 464.439, koreksi nilai asset tetap non revaluasi minus Rp. 6.534.795 dan koreksi lain- lain senilai minus Rp 6.276.869 sehingga ekuitas mengalami kenaikan sebesar Rp 3.624.986.864 yang menghasilkan Ekuitas Akhir pada tanggal 31 Desember 2020 adalah senilai Rp 754.130.741.638.

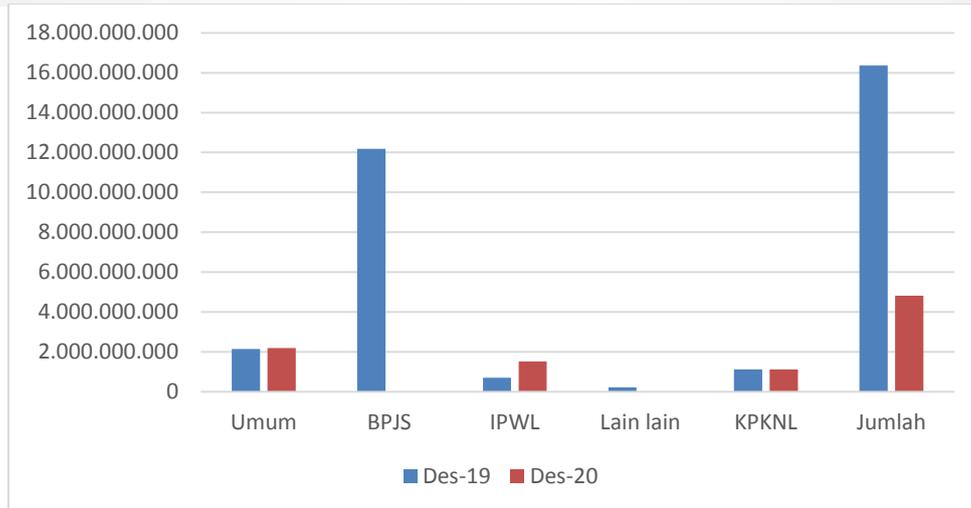
Penerimaan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat tahun 2019 dibandingkan dengan tahun 2020 adalah sebagai berikut :

No	Uraian	Tahun 2020	Tahun 2019
1	BPJS Kesehatan	37.978.927.179	33.086.298.202
	a.Rajal	17.954.421.362	12.760.266.290
	b.Ranap	20.024.505.817	20.326.031.912
2	Jamkesda	13.396.123.862	11.964.903.693
	a.Rajal	142.748.100	2.707.003.900
	b.Ranap	6.303.984.162	8.102.562.903
3	IPWL/BNN/COVID-19	6.949.391.600	1.155.336.890
4	Umum/Bayar Tunai	9.746.544.624	2.878.165.701
	a.Rajal	1.251.799.614	915.615.500
	b.Ranap	1.247.038.266	1.962.550.201
5	IGD	107.329.101	141.135.900
6	Penunjang	1.872.032.521	1.656.312.561
7	Diklat	1.515.890.000	5.936.546.400
8	Sewa-sewa/Lainnya	3.755.455.122	3.505.703.152
	TOTAL	61.124.595.665	59.169.065.609

Realisasi penerimaan Tahun 2020 sebesar Rp. 61.124.595.665,00 atau naik sebesar 1,03% dari Tahun 2019 sebesar Rp. 59.169.065.609,00. Penerimaan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat terdiri dari penerimaan layanan kesehatan, penerimaan pendidikan dan pelatihan juga penerimaan sewa lahan dan jasa lainnya. Realisasi penerimaan Tahun 2020 tercapai 90,58% dari target tahun ini yaitu sebesar Rp.67.667.173.000.

Perbandingan Total Piutang per 31 Desember 2020 dan 2019

Keterangan	Desember 2020	Desember 2019	% Kenaikan /Penurunan
Umum	2.193.410.638	2.151.419.973	2%
BPJS	-	12.180.932.510	0%
IPWL	1.518.526.901	697.475.364	118%
Lain lain	-	223.131.000	0%
KPKNL	1.114.009.338	1.114.009.338	0%
Jumlah	4.825.946.877	16.366.968.185	1



Perbandingan Total Piutang per 31 Desember 2019 dan 2020

Total Pasien Umum mengalami kenaikan sekitar 2%. Penyebab penambahan pasien pulang dengan piutang :

1. Ada pasien dropping dengan nominal yang tinggi dan tidak membayar walaupun sudah diberi surat Tagihan pada saat dropping. Ada beberapa pasien yang dropping dan menitipkan uang untuk pembayaran saat dropping namun hanya beberapa yang lunas. Intensitas Dropping pasien umum per bulan hanya 3 sampai 4 pasien namun dengan nominal yang besar sekitar Rp. 9.000.000 per orang. Sedangkan pasien yang sudah tercatat piutang hanya beberapa yang membayar hutang dengan nominal kecil. Perbandingan jauh dengan penambahan piutang dari pasien Dropping.
2. Tidak adanya aturan untuk memberi uang titipan untuk biaya perawatan sehingga saat pulang penanggung jawab keberatan untuk pembayaran yang sudah tinggi karena selama dirawat tidak menitipkan uang.

Upaya yang dilakukan untuk menurunkan angka piutang :

1. Aplikasi billing system dalam SIMRS ditambahkan fitur yang mendeteksi piutang saat pasien melakukan rawat ulang sehingga pasien yang masih mempunyai tunggakan dapat melakukan pembayaran (melunasi/angsur)
2. Melakukan penagihan melalui pos (Surat Tagihan 1,2 dan 3)
3. Melakukan penyerahan piutang ke KPKNL saat sudah Tagihan 3
4. Melakukan Penghapusan secara Bersyarat
5. Melakukan Penghapusan Mutlak

Saran :

Koordinasi dengan perawat agar pada saat keluarga pasien Umum menjenguk pasien untuk memberikan informasi perkiraan biaya rawat inap agar keluarga pasien dapat melakukan pembayaran sehingga pada saat pulang tidak terlalu besar yang menyebabkan pasien pulang dengan piutang.

BAB IV PENUTUP

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 dan telah meraih predikat Internasional SNARS Ed. 1 pada tahun 2019 serta audit mutu ISO 9001-2015 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 Wediodiningrat Lawang Tahun 2019 disusun sebagai pelaksanaan tugas, tanggung jawab dan kewajiban untuk pelaksanaan program kerja sesuai sasaran strategis, program dan kegiatan. Sistematis penyusunan laporan ini mengacu pada surat Sekretaris Ditjen Pelayanan Kesehatan Nomor PR.05.04/I.1/330/2021 tanggal 8 Januari 2021 tentang pemberitahuan penyusunan Laporan Kinerja dan Pengisian Aplikasi monev TA 2020 dan berpedoman sesuai 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.

Pada bulan Juni tahun 2020 terdapat perubahan SOTK dari Permenkes 254/Menkes/Per.III/2008 menjadi Permenkes 56 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat. Sehingga secara pelaporan terjadi perpindahan koordinasi di beberapa unit kerja, namun kegiatan yang dilaksanakan tidak berubah. Kemudian pada bulan Desember 2020 Permenkes 56 tahun 2019 telah mengalami perubahan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Telah dilaksanakan pelantikan pejabat struktural menjadi pejabat fungsional pada tanggal 28 Desember 2020.

Capaian kinerja sesuai dengan indikator program yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis / RSB tahun 2020-2024 dan RBA tahun 2020 tercapai 11 indikator dari 22 indikator atau tercapai 50%. Capaian Kinerja tersebut dapat disimpulkan sebagai berikut:

Kepuasan pasien dan masyarakat target 85% realisasi 83,34% capaian 98,05%, belum mencapai target walaupun berada diantara nilai interval konversi IKM 76,61 – 88,30, mutu pelayanan B dan kinerja unit pelayanan adalah baik. Capaian indikator kecepatan respon terhadap komplain tercapai 100%. Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup tidak mencapai target karena promosi layanan tidak dapat berjalan secara optimal dan upaya untuk membuka inovasi layanan berupa telemedicine belum berjalan secara optimal. Capaian pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri tidak mencapai target karena Jejaring rujukan pasien dari dinas sosial geriatri terhenti, akibat kebijakan dimasa pandemi covid 19. Capaian Indikator Kinerja Utama tentang Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan tidak mencapai target karena Konsentrasi SDM dan sarana pendukung yang difokuskan pada pogram penanganan pandemi covid 19. Publikasi hasil penelitian yang telah dilakukan pada tahun ini terpenuhi 2 target untuk 2 publikasi hasil penelitian. Capaian indikator terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa tercapai, yaitu dengan menjalin perjanjian kerjasama dengan FK UB serta dengan institusi pendidikan lain telah memuat aspek penelitian dalam PKS tersebut. Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa pada tahun 2020 tercapai 7%, hal ini dikarenakan adanya kebijakan penundaan kepaniteraan klinik secara offline oleh semua institusi pendidikan disebabkan adanya pandemi covid 19 sehingga pelaksanaan kepaniteraan klinik secara daring. Capaian proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan mengalami kenaikan 60,62% dari target yang ditetapkan 40% karena adanya upaya - upaya untuk memastikan bahwa pelayanan di RSJ RW memperhatikan aspek pencegahan paparan covid 19 yang berdampak pada kepercayaan jejaring rujukan. Indikator tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW belum terlaksana karena belum ada konsep dan pedoman terkait program pengampunan. Indikator jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* tercapai 100%. Indikator terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa tidak mengalami pertumbuhan karena kondisi pandemi yang berdampak pada berkurangnya rujukan pasien dari jejaring rujukan, pembatasan mobilitas pasien, kurangnya kepercayaan masyarakat bahwa berkunjung ke rumah sakit masih aman terhadap kesehatan. Indikator persentase perilaku pegawai sesuai budaya kerja pada tahun 2020 tercapai 90%. Hal ini menggambarkan rata-rata pegawai sudah berperilaku sesuai budaya kerja. Tercapainya indikator mutu unit kerja pada tahun 2020 masih tercapai 80,7% dari target 90%. Hal ini tidak terlepas dari dampak pandemik Covid-19, yang berpengaruh terhadap capaian semua

indikator unit kerja. Indikator terakreditasi internasional tercapai 100% karena telah terlaksananya Verifikasi Internasional pada bulan Januari 2020. Capaian indikator terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT, tercapai 1 paket sesuai dengan target yang ditentukan. Capaian Indikator OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) tercapai 70,39% kurang dari target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 85%, perhitungan OEE meliputi perhitungan alat-alat kesehatan dan alat non kesehatan. Perhitungan OEE tersebut tidak terpenuhi karena adanya covid-19 yang berakibat jumlah pasien rawat inap turun. Capaian indikator persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar tercapai sebesar 93,32% atau mencapai target. Capaian indikator persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar capaiannya melebihi target yaitu sebesar 90% dari target 70%.

Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) tahun 2020 dapat diketahui bahwa terdapat beberapa indikator kinerja Individu yang tidak memenuhi target antara lain Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP, Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR), dan Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ). Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2020 di atas dapat diketahui bahwa Indikator Kinerja Terpilih telah terpenuhi pada periode tahun 2020 kecuali Ketepatan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP dan Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB).

Tingkat Kesehatan BLU berdasarkan Perdirjen PB No. 24 Tahun 2018 tercapai **74,13 (kategori BAIK A)** dengan rincian aspek keuangan tercapai 22,35 dan aspek pelayanan tercapai 51,78. Capaian tersebut turun jika dibandingkan capaian pada tahun 2019 **80,90 (kategori BAIK AA)**. Namun pada aspek keuangan mengalami peningkatan dari 21,35 pada tahun 2019 menjadi 22,35 pada tahun 2020. Sedangkan capaian aspek pelayanan mengalami penurunan karena pandemi covid yang sangat berdampak pada kinerja layanan.

Secara umum target indikator kinerja yang ditetapkan dalam rencana kerja tahun 2020 belum tercapai dengan optimal karena pada awal tahun 2020 terjadi pandemi covid yang memberikan pengaruh terhadap pelayanan sehingga berdampak pada kinerja rumah sakit. Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat pada tahun 2020 belum mencapai target yang ditetapkan. Rencana yang akan dilakukan yaitu dengan cara melakukan monev secara terus menerus atas capaian hasil yang diperoleh dan rencana pengembangan sampai terealisasi sesuai target yang ditetapkan. Untuk meningkatkan capaian pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup serta meningkatkan layanan psikogeriatri dapat dilakukan dengan cara optimalisasi telemedicine, koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan, membangun image bahwa pelayanan di RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang antisipatif terhadap pencegahan paparan covid 19, dan penataan ruang pelayanan yang berorientasi keselamatan dan kepuasan pasien. Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah

binaan tidak dapat terlaksana sehingga akan dilakukan pembuatan pedoman pelayanan dan time line pencapaian program. Pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jwa pada tahun 2020 masih belum tercapai. Adapun upaya-upaya yang akan dilakukan untuk mengejar capaian tersebut yaitu dengan mulai membuka praktek klinik dengan kombinasi daring dan luring serta melakukan evaluasi kesiapan sarana prasarana, sistem dan SDM untuk pelaksanaan praktek klinik secara luring di Rumah Sakit.

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2020 adalah sebesar Rp 61.295.387.669 atau mencapai 90,58% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp 67.667.173.000. Realisasi Belanja TA 2020 hingga bulan Desember adalah sebesar Rp 138.450.547.918 atau 85,62% dari anggaran belanja sebesar Rp 161.696.352.000..

Dilakukan rekonsiliasi sarana prasarana yaitu Barang Milik Negara/ BMN secara berkala dengan aplikasi SIMAK-BMN/SIMAN dan SAIBA Rekonsiliasi realisasi anggaran setiap bulan dan setiap triwulan 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.

Untuk mewujudkan pelayanan prima dan kepuasan pelanggan telah dilaksanakan survei kepuasan pelanggan IKM dengan nilai 83,34 (**kategori BAIK**). Dan penanganan komplain pelanggan berjalan sangat responsif dan efektif. Hal ini tidak terlepas dari fungsi koordinasi yang baik antara unit pelayanan dengan manajemen dalam merespon setiap keluhan pelanggan dengan tepat. Selain itu peningkatan fasilitas sarana prasarana tempat komplain pelanggan terus dilakukan peningkatan untuk kenyamanan pelanggan, sehingga yang menyampaikan komplain dapat menyampaikan keluhannya secara representatif, nyaman, dan privasinya terlindungi. Selain itu budaya kinerja harus tetap dipertahankan dan lebih ditingkatkan lagi untuk mempertahankan AKREDITASI Internasional.

B. LANGKAH – LANGKAH MENINGKATKAN KINERJA

1. Mendorong seluruh unit kerja melakukan kajian untuk lebih memahami kekuatan, kelemahan, peluang, serta ancaman sesuai dengan analisis SWOT pada kuadran II dalam mengelola potensi sumber daya untuk menghasilkan kinerja pelayanan dan peningkatan pendapatan operasional BLU.
2. Dengan tersusunnya Laporan Tahun 2020 diharapkan dalam penyusunan RSB RSJRW tahun 2020 – 2024 perlu di jabarkan dalam Rencana Kinerja Tahunan yaitu RBA Tahun 2020 disertai target yang rasional sebagai pedoman dalam melaksanakan kinerja tahun berjalan dan perlu lebih dipertajam lagi untuk matrik keterkaitan sasaran strategis dan program 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 Jawa Timur untuk mendukung sistem rujukan berkaitan dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
5. Perlunya 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 mengupdate Analisis Beban Kerja secara online yang sudah dilakukan sehingga didapatkan kebutuhan sesuai dengan perkembangan dan pertumbuhan organisasi rumah sakit.
7. Perlunya meningkatkan kompetensi SDM untuk mencapai persyaratan kompetensi dan kredensial/rekredensialing untuk mempertahankan Akreditasi "Lulus Internasional" SNARS Ed.1.
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.
12. Mengembangkan pelayanan rawat jalan diluar ruang lingkup pelayanan yang difasilitasi oleh BPJS, yang mempertimbangkan kebutuhan masyarakat, yaitu pelayanan yang berbasis preventif dan promotif.
13. Melakukan monitoring dan evaluasi proses pengurusan ijin peralatan medis dengan mempertimbangkan target waktu dan manajemen risiko yang obyektif.
14. Implementasi manajemen HTA untuk investasi alat medis yang berbiaya tinggi.
15. Update regulasi yang berkaitan dengan pelayanan medis, untuk mengupayakan kualitas dan produktifitas pelayanan tetap produktif.

16. Mendorong setiap unit kerja untuk membangun inovasi pelayanan melalui monitoring dan evaluasi pencapaian mutu dan produktivitas.
17. Melakukan upaya “social marketing” melalui aktivitas-aktivitas edukasional di komunitas yang menjadi sasaran kegiatan tim marketing.

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020

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

Nama : dr. Siti Khalimah, Sp.KJ.MARS

Jabatan : Direktur Utama RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat

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 ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, November 2019

α Pihak Kedua, ✓

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

NIP 196108201988121001



Pihak Pertama

dr. Siti Khalimah, Sp.KJ.MARS

NIP 197104162002122001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020

RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif Konsumen				
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	85%
		2	Kecepatan respon terhadap komplain	100%
Perspektif Proses Bisnis				
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	3	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup.	10%
		4	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	10%
		5	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	10%
4	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	2
		7	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	1
		8	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	10%
5	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	40%
		10	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	30%
6	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> .	2
		12	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	10%

Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi				
7	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	70%
		14	Tercapainya indikator mutu unit kerja	90%
		15	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional
8	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	1 Paket
9	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	10%
10	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	80%
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	70%
Perspektif Keuangan				
11	Terwujudnya pertambahan pendapatan	21	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%	10%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	22	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional \geq 45%	\geq 45%

No	Kegiatan	Anggaran
1	Rupiah Murni /APBN	Rp. 74.023.825.000,-
2	Badan Layanan Umum(BLU)	Rp. 70.246.565.000,-
	Jumlah	Rp. 144.270.390.000,-

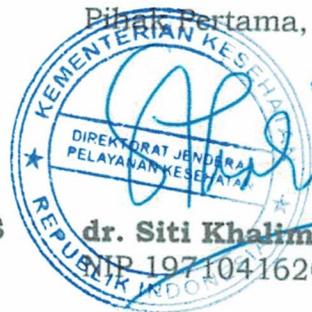
Jakarta, November 2019

α Pihak Kedua, ✓



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

Pihak Pertama,



dr. Siti Khalimah, Sp.KJ.MARS
NIP. 197104162002122001



**KONTRAK KINERJA
ANTARA
DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN**



**DENGAN
DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT
LAWANG
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2020**

Nomor : PRJ-27/PB/2020

Pada hari ini, Rabu tanggal Dua Puluh Sembilan bulan Januari tahun Dua Ribu Dua Puluh bertempat di Jakarta, kami yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama : Dr. Andin Hadiyanto, S.E., 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. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS
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 2020, dengan ketentuan;

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

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar				Target 2020			
		TW I	TW II	TW III	TW IV	TW I	TW II	TW III	TW IV
1.	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	25	50	75	100	100	100	100	100
2.	Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%	80%	80%	80%	80%	90%	95%	100%
3.	Persentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap	100	100	100	100	100	100	100	100
4.	Rasio PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	45%	45%	45%	46%	47%	48%
5.	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

PIHAK KEDUA bersedia menerapkan inovasi layanan berupa **Wisata Jiwa Untuk Pasien Geriatri** serta bersedia menerima konsekuensi atas capaian target kinerja dan inovasi layanan tersebut.

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

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
Direktur Jenderal,

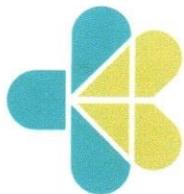
Dr. Andin Hadiyanto, S.E., M.A.

Jakarta, 29 Januari 2020

Rumah Sakit Jiwa dr. Radjiman W. Lawang
Direktur Utama,

dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RS JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

Jalan Ahmad Yani Lawang, Kabupaten Malang, Jawa Timur 65208

Telepon (0341) 426015, 429067 Faksimile (0341) 423785

Laman www.rsjlawang.com Surat Elektronik rsjlawang@yahoo.com



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSJ. Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

NOMOR : HK. 03.01/XXVII.3.2.1/9161/2020

TENTANG

TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA(LAK) TAHUN 2020

DI RSJ Dr.RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

DIREKTUR UTAMA RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

- Menimbang**
- bahwa untuk pelaksanaan program dan kegiatan tahun 2020 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),
 - bahwa untuk menyusun laporan perlu dibentuk Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) Tahun 2020 di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang,
 - bahwa sehubungan dengan hal tersebut, maka perlu penunjukan Tim Penyusun dan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja (LAK) yang ditetapkan dalam suatu Keputusan,
- Mengingat**
- Peraturan Pemerintah No.8 Tahun 2006, tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
 - Instruksi Presiden RI No. 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
 - Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 56/Menkes/Per/III/2019, tanggal 18 Oktober 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang;
 - Peraturan Menteri Kesehatan RI No 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan;
 - 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;
 - Keputusan Menteri Kesehatan RI, No. KP.03.03/Menkes/7096/2020, tanggal 20 November 2020, tentang Pemberhentian dan Pengangkatan dari dan dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2020 DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

Kesatu : Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) tahun anggaran 2020, dengan susunan personalia sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini;

Kedua : Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) tahun 2020 bertugas mengevaluasi dan finalisasi LAK tahun 2020 serta mempersiapkan penilaian dari Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan RI;

Ketiga : Keputusan ini **berlaku sejak tanggal ditetapkan** dan akan diadakan pembetulan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di : Lawang

Pada Tanggal : 23 November 2020

DIREKTUR UTAMA,





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RS JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

Jalan Ahmad Yani Lawang, Kabupaten Malang, Jawa Timur 65208

Telepon (0341) 426015, 429067 Faksimile (0341) 423785

Laman www.rsjlawang.com Surat Elektronik rsjlawang@yahoo.com



Lampiran I : Keputusan Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
HK.03.01/XXVII.3.2.1/9161/2020, 23 November 2020

TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2020 DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

Pelindung : Direktur Utama

Penasehat :

1. Direktur Medik, Keperawatan, dan Penunjang
2. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Barang Milik Negara
3. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum

Susunan Tim LAK Tahun 2020

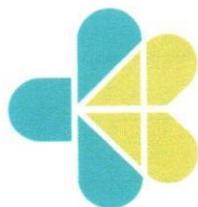
Ketua : Unix Cahya Husada, S.Kep, Ns

Sekretaris : F. Titik Sunarsih, S. Kep

Anggota :

1. dr. Gunawan, MMRS
2. Susiati, SST, MM
3. Nenny Indriyani, SE
4. dr. Nany Wulandari
5. Yuyun Suprayitno, S.Kep, Ns
6. dr. Yeni Diah Kurniawati, MMRS
7. M. Shalehuddin S.Kep. Ns, M.Kes
8. Dr. Nur Widayati
9. Paramitha Noertjahja, MM
10. Arif Wijaya, SH
11. Achmad Fatoni, S.KOM
12. Ali Syamsi, SE
13. Adinda Risnanda Putri, SE. M.K.M
14. Anang Nurwiyono, M.Kep. Sp,KJ
15. Herie Juwanto, SST, SH
16. Ribut Supriyatin, SST, MM
17. Tri Sejati, SKM
18. Muhdorun, SKM





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RS JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

Jalan Ahmad Yani Lawang, Kabupaten Malang, Jawa Timur 65208

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

Laman www.rsjlawang.com Surat Elektronik rsjlawang@yahoo.com



29 Januari 2021

Yth. Sekretaris Dirjen Pelayanan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI
Di Jalan HR Rasuna Said Kav. X-5 No. 4-9
Jakarta Selatan

SURAT PENGANTAR

NOMOR : PR.05.04/XXVII.2.1/0857/2020

No	Jenis surat/berkas yang dikirim	Banyaknya	Keterangan
1.	Dokumen Laporan Tahunan (LAPTAH) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020	1 Berkas	Untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Diterima tanggal.....

Penerima

.....
NIP.....



Direktur Utama,
dr. Yuniar, Sp.KJ

NIP. 196808171996032005

No Telp.....

Setelah diterima mohon di fax ke :
0341(423785)



KEMENTERIAN KESEHATAN

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RS JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

Nomor SOP RSJRW/SPO/EVAPOR/01

Tanggal Pembuatan 05-Okt-15

Revisi ke Tiga (3)

Tanggal Revisi 16-Jun-20

Tanggal Efektif 30-Jun-20

Disahkan oleh

Direktur Utama



dr. Siti Khalimah, Sp.KJ, MARS

NIP. 104162002122001

Nama SOP

PELAPORAN RUMAH SAKIT

Dasar Hukum :

1. Undang - Undang No. 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik.
2. Permenkes 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang SIRS
3. Permenkes No. 14 Tahun 2017 tentang Naskah Dinas di Lingkungan Kementerian Kesehatan
4. Permenkes No. 56 tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman W. Lawang

Kualifikasi Pelaksana :

1. Memahami tugas dan fungsi Administrasi RS
2. Memahami mekanisme pelaporan unit di RS
3. Memiliki kemampuan pengolahan Data
4. Memiliki kemampuan dasar komputer dan penggunaan Internet.

Keterkaitan :

1. SOP Penyimpanan Arsip.

Peralatan / Perlengkapan

1. Komputer, printer, ATK, jaringan internet dan alat komunikasi
2. Peraturan Perundang-undangan/Peraturan terkait pelaporan RS
3. Aplikasi pusat data

Peringatan :

Pelaporan Rumah Sakit melalui pusat data di data.rsjiwang.com sangat berpengaruh terhadap kinerja pelaporan di satuan kerja RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Pencatatan dan Pendataan :

SOP-AP Tentang Pelaporan Rumah Sakit dicatat dalam Buku Agenda Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Prosedur Pelaporan Rumah Sakit di RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

No.	Aktivitas	Pelaksana					Mutu Baku			Keterangan
		User / Staff unit Kerja	Ka. Unit Kerja	Para Kepala Bagian/ Kepala Bidang	Kasubbag Evaluasi dan Pelaporan	Direksi	Kelengkapan	Waktu (menit)	Output	
1	Setiap unit kerja melakukan entry harian indikator sesuai form yang telah disediakan (RL1-RL6, LAK, Laptah, Lap Tri wulan Semester dan tahunan) dan Laporan IKI/ IKT)						Juknis pengisian dan form - form pelaporan	30 Menit	Template pengisian laporan	Tanggal 1
2	User melalui Ka. Unit kerja di RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang melakukan pelaporan melalui pusat data di www.data.rsilawang.com						Soft Copy catatan/ dokumen pelaporan	5 Menit	Soft copy pelaporan	Tanggal 2
3	Laporan masing - masing unit akan diterima oleh atasan langsung dan dilakukan analisa (koreksi dan telaah) oleh para kepala Bidang/Bagian						Soft Copy catatan/ dokumen pelaporan	10 Menit	Hasil download pelaporan	Tanggal 3
4	Jika dalam pelaporan perlu adanya koreksi maka data laporan akan dikirimkan kembali ke unit yang bersangkutan melalui kepala unit kerja						Catatan reviu	30 Menit	Catatan arahan	
5	Kepala unit kerja setelah melakukan perbaikan dokumen maka diupload kembali ke pusat data.						Soft copy	10 Menit	Soft copy pelaporan	
6	Para Kepala Bidang / Bagian melakukan upload data final yang meliputi : 1. Laporan capaian kegiatan program bagian/bidang dan analisisnya dalam bentuk PPT 2. Capaian dan analisa Indikator kinerja utama (IKU) sesuai Indikator RSB 3. Capaian dan analisa Indikator Mutu 4. Laporan dan Usulan Pengadaan dan Perbaikan melalui pusat data (www.data.rsilawang.com) dengan akun BOD pada folder pelaporan yang telah disediakan per-Direktorat serta Bidang/Bagian.						Catatan monev dan instruksi	20 Menit	Catatan instruksi	tanggal 5
7	Hasil dari pelaporan akan dilakukan kompilasi oleh Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan untuk disampaikan kepada Direktur Utama sebagai laporan Rumah Sakit baik untuk analisa internal maupun laporan eksternal Rumah Sakit.						Laporan dalam bentuk soft copy	30 Menit	Kompilasi data/ dokumen	tanggal 9
8	Direktur Utama dan jajaran direksi memfinalisasi laporan Rumah Sakit untuk di sampaikan sesuai dengan kebutuhan dalam bentuk infografis/PPT/Laporan. Dan jika perlu melakukan koordinasi dengan kepala bagian/ bidang maupun kepala unit						Catatan arahan, kerangka konsep pelaporan	20 Menit	Catatan instruksi	
9	Penyampaian Laporan Rumah Sakit						Rekapitulasi hasil penyampaian laporan unit	60 Menit	Laporan Rumah Sakit (Dokumen/PPT/ Infografis/ format lain)	tanggal 10
10	Subbag Evaluasi dan Pelaporan mempublikasikan Infografis Laporan Rumah Sakit (untuk laporan bulanan)						Data laporan (khusus laporan bulanan)	60 Menit	Softfile Infografis	tanggal 10

KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020

1. Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	<p>Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini diketahui dengan melakukan survei kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana yang diatur dalam Permenpan No. 14 tahun 2017.</p>																								
2	Cara Perhitungan	<p>$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$</p> <p>Numerator : Hasil Penilaian IKM Denominator : Skala Maksimal Nilai IKM</p> <p>Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat</p> <p>$\frac{83,33}{100} \times 100\% = 83,33\%$</p>																								
3	Rencana Aksi	<p>a. Pelaksanaan dan monev pelayanan publik terstandar b. Implementasi dan monev komitmen pelayanan prima c. Pemenuhan dan monev sarana dan prasarana yang sesuai standar</p>																								
4	Upaya yang dilakukan	<p>a. Ketepatan waktu penyampaian penilaian Capaian aspek keuangan Tingkat b. Kegiatan Pengawasan oleh Dewan Pengawas c. Pembinaan Dewas d. Pengamanan Wilayah Rumah Sakit e. Penyediaan Linen Pasien f. Pengadaan Paket Kebutuhan Kebersihan pasien g. Penyediaan tekstil ruangan h. Implementasi dan evaluasi survei kepuasan pasien dan masyarakat i. Pengadaan kebutuhan kantor j. Penyediaan sarana prasarana rumah sakit</p>																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat</td> <td>80%</td> <td>84,57%</td> <td>99,49%</td> <td>85%</td> <td>83,33%</td> <td>98,04%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat	80%	84,57%	99,49%	85%	83,33%	98,04%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat	80%	84,57%	99,49%	85%	83,33%	98,04%																				
6	Analisa Keberhasilan	<p>Pada tahun 2020 tingkat kepuasan pasien dan masyarakat target 85% realisasi 83,33% capaian 98,04% belum mencapai target yang ditetapkan. Realisasi capaian indikator mutu kepuasan pasien dan masyarakat pada tahun 2019 lebih baik dibandingkan dengan capaian tahun 2020, terjadi penurunan 1,23 indeks nilai IKM, walaupun realisasinya pada 2 (dua) tahun tersebut belum mencapai target 85% sesuai standar yang ditetapkan</p>																								
7	Permasalahan	<p>Capaian pada tahun 2020 belum mencapai target walaupun berada diantara nilai interval konversi IKM 76.61 – 88.30, mutu pelayanan B dan kinerja unit pelayanan adalah baik. Sedangkan dari jumlah responden terdapat peningkatan dibandingkan tahun 2019 rata-rata 353 per bulan dan tahun 2020 rata-rata 366 per bulan, survei dilakukan di 38 unit pelayanan rawat inap, rawat jalan, IGD dan penunjang serta analisa setiap bulan dari 9 unsur pelayanan, namun karena masih ada prosentase nilai unsur yang kurang puas dan ada nilai C (< 76,61) maka target tidak tercapai.</p>																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<p>- Melakukan analisa ketidaktercapaian dan rencana tindak lanjutnya melalui koordinasi dengan kabid/kabag, unit kerja terkait dan tim survei kepuasan pelanggan</p>																								

		<ul style="list-style-type: none"> - Sosialisasi dan <i>feedback</i> ke unit kerja - Mengajukan proposal untuk rencana pengembangan tersebut - Tetap melakukan koordinasi dengan unit kerja pelayanan dan tim survei atas pelaksanaan survei tersebut - Melakukan monev secara terus menerus atas capaian hasil yang diperoleh dan rencana pengembangan sampai terealisasi sesuai target yang ditetapkan
9	Efisiensi Sumber Daya	Tingkat capaian kepuasan pelanggan tercapai 98,05%, dengan melaksanakan kegiatan yang dibiayai anggaran sebesar 97% dari pagu (2.768.610.000 terpakai sebesar 2.686.458.857) sehingga efisiensinya sebesar 3 %



Mengetahui,
Kepala Bagian Organisasi dan Umum

Yuyun Suprayitno, S.Kep, Ners
NIP 197107101992031004

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

2. Kecepatan respon terhadap komplain																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	<p>Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan rumah sakit dalam menangani komplain baik tertulis, lisan, atau melalui media massa. Komplain yang sudah diidentifikasi dilakukan analisis grading risiko.</p> <p>Kategori risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biru : Low (Rendah) 2. Hijau : Moderate (Sedang) 3. Kuning : High (Tinggi) 4. Merah : Extreme (Sangat Tinggi) <p>Kriteria penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat data rekapitulasi komplain sesuai kategori 2. Melihat data tindak lanjut komplain setiap kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar. 3. kategori yang dilakukan dalam kurun waktu sesuai standar. 4. Membuat presentasi jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain setiap kategori : <ul style="list-style-type: none"> - Komplain kategori biru (KKB) diregister sebagai masukan dan di bahas dalam rapat koordinasi bulan berikutnya. - Komplain Kategori Hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari. - Komplain Kategori Kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari. - Komplain Kategori Merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam. 																								
2	Cara Perhitungan	<p>$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$</p> <p>Numerator : KKM + KKK + KKH + KKB (%) Denominator : 4</p> <p>$KKM = \frac{8}{8} \times 100\% = 100\%$</p> <p>$KKK = \frac{4}{4} \times 100\% = 100\%$</p> <p>$KKH = \frac{59}{59} \times 100\% = 100\%$</p> <p>$KKB = \frac{0}{0} \times 100\% = 100\%$</p> <p>Kecepatan Respon Terhadap Komplain</p> $\frac{KKM + KKK + KKH + KKB}{4} = \frac{100\% + 100\% + 100\% + 100\%}{4}$ $= \frac{400\%}{4} = 100\%$																								
3	Rencana Aksi	<ol style="list-style-type: none"> a. Pengembangan sistem manajemen komplain berbasis IT b. Penguatan mindset SDM yang responsif terhadap komplain 																								
4	Upaya yang dilakukan	<ol style="list-style-type: none"> a. Penyelesaian Komplain 100% b. Prosentase Komplain yang ditindaklanjuti di Bagian Keuangan 																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #c8e6c9;">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3" style="background-color: #c8e6c9;">Tahun 2019</th> <th colspan="3" style="background-color: #c8e6c9;">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #c8e6c9;">Target</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Realisasi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Capaian</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Target</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Realisasi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">Kecepatan respon terhadap complain</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Kecepatan respon terhadap complain	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Kecepatan respon terhadap complain	100%	100%	100%	100%	100%	100%																				
6	Analisa Keberhasilan	<p>Pada tahun 2020 indikator kecepatan respon terhadap komplain target 100% realisasi 100%, tercapai sesuai standar yang di tetapkan. Pada tahun 2019 indikator yang masuk dalam perjanjian kinerja adalah</p>																								

		prosentase complain yang ditindaklanjuti. Implementasi dan evaluasi dari prosentase komplain yang ditindaklanjuti berdasarkan Kecepatan Respon terhadap Komplain (KRK). Indikator kecepatan respon terhadap komplain pada tahun 2019 jika dibandingkan tahun 2020 dengan target 100% secara berturut-turut dari tahun ke tahun tercapai sesuai standar yang ditetapkan.
7	Permasalahan	<ul style="list-style-type: none"> - Pembuatan MoU Pendidikan target 38 realisasi 19 tercapai 50%, belum mencapai target, dikarenakan masa berakhir bervariasi - Kegiatan keprotokolan target 110 realisasi 37 capaian 33,64%, tidak mencapai target dikarenakan dampak covid-19 - Layanan informasi, pada penyambungan telepon keluar, kotak saran, pengaduan masyarakat, layanan di lobi, tidak mencapai target dikarenakan covid-19, ada batasan pengunjung
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Pembuatan MoU pelayanan dan operasional yang termonev - Pembuatan SK sesuai instruksi dengan tetap melaksanakan kegiatan layanan informasi tetapi memperhatikan protokol kesehatan
9	Efisiensi Sumber Daya	Penanganan complain tidak memerlukan pembiayaan, karena semua complain yang didapatkan bisa ditangani dengan baik tanpa ada penggantian ganti rugi.



Mengetahui,
Kepala Bagian Organisasi dan Umum

Yuyun Suprayitno, S.Kep, Ners
NIP-197107101992031004

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

3. Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Pertumbuhan pemanfaatan layanan promotif dan preventif yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup berbasis rumah sakit dan masyarakat, seperti kegiatan pelatihan kesehatan jiwa, peningkatan kapasitas mental, assesment dan deteksi dini, pencegahan relaps dan kegiatan lain.																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah Pengguna Layanan Tahun Berjalan}}{\text{Jumlah Pengguna Layanan Tahun Sebelumnya}} \times 100\%$ $\frac{1125}{44305} \times 100\% = 2,54\%$																								
3	Rencana Aksi	a. Pengembangan layanan - layanan promotif preventif sub spesialis b. Penguatan social marketing layanan unggulan promotif preventif subspecialistik sebagai revenue utama c. Membangun akses pelayanan unggulan promotif preventif subspecialistik yang akomodatif terhadap kebutuhan pelanggan																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Relokasi dan penataan Klinik Anak dan Remaja b. Perbaikan sarana pelayanan MMPI di Klinik Psikologi c. Pengeloaan operasional Klinik Nyeri d. Pengelolaan Klinik Psikiatri Industri e. Penyediaan SDM untuk pelayanan sub spesialis Psikiatri Forensik f. Penyediaan SDM untuk pelayanan sub spesialis Psikiatri Geriatri g. Studi permasalahan kesehatan jiwa dan kebutuhan masyarakat secara berkelanjutan h. Pembukaan Klinik Pelayanan Haji dan Umrah terintegrasi i. Pembukaan layanan wellness tourism j. Pembuatan layanan Smoking Cessation Clinic k. Promosi pelayanan yang terukur dan tepat sasaran l. Penguatan jejaring rujukan pelayanan pasien m. Perluasan jejaring rujukan pasien n. Peningkatan pengetahuan dan perhatian masyarakat tentang aspek kejiwaan dalam kehidupan pribadi dan sosial o. Penguatan jaringan komunikasi rumah sakit dan masyarakat p. Membangun peran tokoh dalam meningkatkan image pelayanan kesehatan jiwa q. Peningkatan sistem IT pada proses registrasi pasien r. Penguatan koordinasi dan komunikasi antara unit marketing dan pelayanan s. Perbaikan sarana yang akomodatif dan nyaman bagi konsumen di unit pelayanan rawat jalan t. Penguatan tim yang berorientasi pada kemudahan dan ketepatan pelayanan u. Monev dan sosialisasi SPO pelayanan yang akomodatif terhadap kenyamanan stakeholder v. Implementasi dan evaluasi indikator tingkes, pengembangan sistem kerja one stop service																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #e0f2f1;">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3" style="background-color: #e0f2f1;">Tahun 2019</th> <th colspan="3" style="background-color: #e0f2f1;">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #e0f2f1;">Target</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Realisasi</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Capaian</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Target</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Realisasi</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup</td> <td></td> <td>Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td></td> <td>10%</td> <td>2,54%</td> <td>25,4%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	2,54%	25,4%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	2,54%	25,4%																				
6	Analisa Keberhasilan	Pada tahun 2020 realisasi proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada																								

		optimalisasi kualitas hidup sebesar 2,54%, belum tercapai sesuai target yang ditetapkan.
7	Permasalahan	<ul style="list-style-type: none"> - promosi layanan tidak dapat berjalan secara optimal, - adanya kebijakan PSBB yang berdampak pada mobilitas penduduk, - upaya untuk membuka inovasi layanan berupa telemedicine belum berjalan secara optimal.
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Optimalisasi telemedicine (memperluas sasaran telemedicine, promosi layanan telemedicine) - Koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan. - Membangun image bahwa pelayanan di RSJ RW antisipatif terhadap pencegahan paparan covid 19 (membuat poster prosedur layanan di masa pandemi)
9	Efisiensi Sumber Daya	Capaian Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup tercapai 25,4%, dengan melaksanakan kegiatan yang dibiayai anggaran sebesar 74% dari pagu (271.041.505 terpakai sebesar 199.728.642) sehingga efisiensinya sebesar 26 %



 Mengetahui,
 Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

dr. Gunawan, MMRS
 NIP. 196605151987032001

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

4. Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Peningkatan kunjungan pasien di unit pelayanan psikogeriatri																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah Pengguna Layanan Psikogeriatri Tahun Berjalan} - \text{Jumlah Pengguna Layanan Psikogeriatri Tahun Sebelumnya}}{\text{Jumlah Pengguna Layanan Psikogeriatri Tahun Sebelumnya}} \times 100\%$ $\frac{2371 - 2590}{2590} \times 100\%$ $\frac{-219}{2590} \times 100\% = -8,5\%$																								
3	Rencana Aksi	a. Penguatan promosi layanan psikogeriatri b. Perbaikan akses pelayanan yang berfokus pada pelanggan c. Penguatan pelayanan psikogeriatri terintegrasi																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Memperkuat koordinasi tim pemasaran dan pelayanan b. Identifikasi akseibilitas rujukan pelayanan c. Monev SPO pelayanan rujukan d. Penguatan jejaring pelayanan e. Memperluas jejaring rujukan pelayanan f. Membangun brand image g. Peningkatan peran IT pada prosedur rujukan h. Perbaikan sarana yang akomodatif pada kebutuhan dan kondisi Lansia i. Membangun karakter SIMPATIK pada SDM pemberi pelayanan j. Analisis beban kerja dan pemenuhan SDM yang proporsional k. Memperkuat integrasi kebutuhan pelayanan l. Penataan ketersediaan pemberi pelayanan Internis dan neurolog m. Penataan alur pelayanan geriatri terpadu n. Pengelolaan pasien dengan penjamin pihak ke 3 yang efektif o. Monev mutu pelayanan																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri</td> <td colspan="3">Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td>10%</td> <td>0% (-8,5%)</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			10%	0% (-8,5%)	0%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			10%	0% (-8,5%)	0%																				
6	Analisa Keberhasilan	Layanan psikogeriatri pada tahun 2020 tidak mengalami pertumbuhan yaitu minus 8,5%. Salah satu faktor penyebab yang signifikan adalah kondisi pandemi. Pasien lansia lebih untuk menjaga diri dengan tidak melakukan mobilitas dan berinteraksi secara leluasa, untuk menjaga adanya paparan infeksi covid 19.																								
7	Permasalahan	<ul style="list-style-type: none"> - Jejaring rujukan pasien dari dinas sosial geriatri terhenti, akibat kebijakan dimasa pandemi covid 19 - Kondisi pandemi membuat Lansia enggan untuk berkunjung ke RS kecuali sangat membutuhkan - Perubahan lokasi pelayanan psikogeriatri, kurang akomodatif untuk pasien lansia, karena terletak di lantai 2 (meskipun ada lift) dan akses yang menjadi satu dengan pasien jiwa dewasa 																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan (Telepon, kunjungan ke jejaring rujukan) - Optimalisasi telemedicine (memperluas sasaran telemedicine, promosi layanan telemedicine) - Penataan ruang pelayanan yang berorientasi keselamatan dan kepuasan pasien 																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Tidak adanya kegiatan selama pandemi covid 19 sehingga anggaran tidak terserap untuk kebutuhan kegiatan dan pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri tidak tercapai																								

Mengetahui,
Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan


dr. Gunawan, MMRS
 NIP 196605151987032001

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

5. Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Persentase pelaksanaan program optimalisasi kualitas hidup lansia di kota ramah lansia yang dilaksanakan bersama dengan RSJRW.																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah kegiatan yang dilaksanakan}}{\text{Target kegiatan}} \times 100\%$ <p>0% (Belum ada kegiatan)</p>																								
3	Rencana Aksi	a. Pembuatan pedoman pembinaan kota ramah lansia b. Advokasi dan pembangunan jejaring c. Pendampingan pelaksanaan program kota ramah lansia																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Studi kelayakan pada pilihan alternatif desa binaan b. Penyusunan road map dan program c. Membangun simpul pelayanan dan sosialisasi program d. Perluasan jangkauan pelaksanaan program pada semua simpul di desa binaan e. Monev inisiator implementasi program																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #c8e6c9;">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3" style="background-color: #c8e6c9;">Tahun 2019</th> <th colspan="3" style="background-color: #c8e6c9;">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #c8e6c9;">Target</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Realisasi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Capaian</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Target</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Realisasi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan</td> <td></td> <td>Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td></td> <td>10%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	0%	0%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	0%	0%																				
6	Analisa Keberhasilan	Pada tahun 2020 kegiatan ini tidak dapat terlaksana, sebagai bentuk kepatuhan pada protokol kesehatan, dengan tidak melakukan kegiatan berkumpul, terlebih audiens yang dilibatkan adalah pasien lansia																								
7	Permasalahan	<ul style="list-style-type: none"> - Kondisi pandemi yang berdampak adanya pelarangan dan pembatasan kegiatan berkumpul, khususnya pada warga lansia. - Konsentrasi SDM dan sarana pendukung yang difokuskan pada pogram penanganan pandemi covid 19. - Tidak ada inovasi yang dibuat untuk mengupayakan program ini tetap bisa berjalan di masa pandemi. 																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Membuat pedoman pelayanan dan time line pencapaian program. - Monev pencapaian kegiatan dengan serius. 																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan tidak dapat terlaksana karena pandemi covid-19, sehingga pagu anggaran tidak terserap.																								

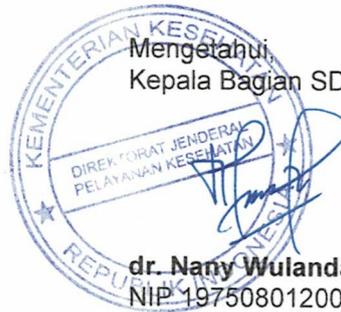


 Mengetahui,
 Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan
dr. Gunawan, MMRS
 NIP. 196605151987032001

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

6. Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Publikasi penelitian adalah jumlah penelitian klinis maupun non klinis yang dipublikasikan dalam jurnal ilmiah baik nasional maupun internasional. Catatan : Penelitian adalah kegiatan menganalisis suatu hasil yang sudah mendapat pengakuan akademik dengan data, analisa dan pendekatan teori untuk mendapatkan temuan yang baru dan lebih bermanfaat. Penelitian meliputi klinis dan non klinis. Publikasi adalah membuat konten yang diperuntukkan dalam jurnal ilmiah nasional/international sebagai bentuk pertanggungjawaban ke publik.																								
2	Cara Perhitungan	Jumlah penelitian yang dipublikasikan secara nasional atau internasional pada tahun berjalan																								
3	Rencana Aksi	a. Peningkatan kompetensi bagi pegawai dalam bidang penelitian b. Persiapan pembentukan jalur publikasi c. Pelaksanaan penelitian dan publikasi d. Penerapan sistem reward untuk peneliti e. Publikasi internal hasil penelitian (poster)																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Pelaksanaan workshop terkait penelitian b. Membentuk club/ perkumpulan peneliti c. Meningkatkan kompetensi anggota KEPK d. Kerjasama dengan litbangkes untuk membentuk jejaring penelitian e. Kerjasama dengan institusi pendidikan untuk publikasi penelitian f. Membuat pedoman pelaksanaan penelitian, publikasi dan sistim reward g. Mengidentifikasi permasalahan yang dapat dijadikan judul penelitian h. Mengusulkan kegiatan penelitian dan publikasi penelitian untuk meningkatkan mutu layanan, pendapatan (efisiensi) i. Feedback hasil penelitian untuk peningkatan mutu layanan j. Melaksanakan reward bagi pegawai yang melakukan penelitian k. Menempatkan publikasi penelitian di area pendidikan di RS, website																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #c8e6c9;">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3" style="background-color: #c8e6c9;">Tahun 2019</th> <th colspan="3" style="background-color: #c8e6c9;">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #c8e6c9;">Target</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Realisasi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Capaian</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Target</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Realisasi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Publikasi penelitian nasional dan / atau internasional</td> <td></td> <td>Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td></td> <td>2</td> <td>2</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Publikasi penelitian nasional dan / atau internasional		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		2	2	100%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Publikasi penelitian nasional dan / atau internasional		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		2	2	100%																				
6	Analisa Keberhasilan	Publikasi hasil penelitian yang telah dilakukan pada tahun ini terpenuhi 2 target untuk 2 publikasi hasil penelitian																								
7	Permasalahan	Faktor-faktor yang mendukung ketercapaian target pada indikator pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan adalah adanya penelitian dari pegawai RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang untuk penelitian manajemen dan klinis. Saat ini masih kurangnya penelitian translasional yang dilakukan oleh pegawai karena masih kurangnya minat meneliti dan belum teridentifikasi permasalahan yang dapat dijadikan judul penelitian.																								

8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Mengalokasikan kegiatan penelitian dan diterbitkan dalam surat keputusan - Menarik minat peneliti dengan memberikan reward bagi peneliti yang hasil penelitiannya dipublikasikan dalam jurnal - Melakukan identifikasi permasalahan di organisasi yang dapat dijadikan judul penelitian - Optimalisasi Kerjasama dengan institusi Pendidikan untuk membuka jalur publikasi penelitian.
9	Efisiensi Sumber Daya	Publikasi penelitian tidak menggunakan pembiayaan.



Mengetahui
Kepala Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian

dr. Nany Wulandari
NIP. 197508012008012010

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

7. Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Terwujudnya kemitraan dengan institusi dalam penelitian kesehatan jiwa dalam bentuk kerjasama (PKS) maupun penelitian bersama.																								
2	Cara Perhitungan	Jumlah penelitian yang dilakukan bersama																								
3	Rencana Aksi	a. Menjalin kerjasama dengan institusi pendidikan dan institusi lain dalam bidang penelitian b. Pelaksanaan penelitian bersama																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Kerjasama penelitian dengan menetapkan target penelitian (1 periode MoU 1 penelitian) sesuai dengan kriteria dalam pedoman penelitian b. Penelitian bersama antara institusi pendidikan, RSJ dan peserta didik																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">200%</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	1	2	200%	1	1	100%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	1	2	200%	1	1	100%																				
6	Analisa Keberhasilan	Capaian indikator terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa pada tahun 2020 tercapai 1 institusi, yaitu dengan menjalin perjanjian kerjasama dengan FK UB. Adanya institusi-institusi pendidikan yang sudah melakukan kerjasama dengan RSJ Dr.Radjiman Wediodiningrat akan mempermudah pelaksanaan kerjasama Faktor pendukung terjalannya kerjasama dengan institusi pendidikan ini adalah karena penelitian merupakan salah satu dari Tri Dharma Perguruan Tinggi yang juga wajib dilaksanakan.																								
7	Permasalahan	Meski indikator terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa tercapai, namun kerjasama penelitian dengan institusi pendidikan dirasakan belum berjalan secara optimal, meski banyak institusi Pendidikan yang telah bekerja sama dengan RSJ dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Optimalisasi Kerjasama penelitian dengan institusi pendidikan melalui penelitian bersama tentang kesehatan jiwa (misalnya penelitian dengan Fakultas Kedokteran, keperawatan) - Memasukkan unsur kerjasama penelitian dalam setiap kerjasama dengan institusi Pendidikan 																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa tidak memerlukan pembiayaan, karena kegiatan berupa bentuk kerja sama dan tidak memerlukan pembiayaan.																								


 Mengetahui,
 Kepala Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian
dr. Nany Wulandari
 NIP. 197508012008012010

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

8. Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa pada tahun berjalan dibandingkan tahun sebelumnya.																								
2	Cara Perhitungan	<p>Pendidikan : Persentase peningkatan jumlah praktikan pendidikan kesehatan jiwa dibandingkan Jumlah praktikan pendidikan kesehatan jiwa pada tahun sebelumnya $\frac{\text{Peningkatan jumlah praktikan tahun berjalan}}{\text{Peningkatan jumlah praktikan Tahun Sebelumnya}} \times 100\%$</p> <p>Pelatihan : Persentase peningkatan jumlah kegiatan pelatihan revenue dalam kesehatan jiwa pada tahun berjalan dibagi Jumlah kegiatan pelatihan dalam kesehatan jiwa pada tahun sebelumnya. $\frac{\text{Peningkatan jumlah kegiatan pelatihan revenue tahun berjalan}}{\text{Peningkatan jumlah kegiatan pelatihan revenue Tahun Sebelumnya}} \times 100\%$</p>																								
3	Rencana Aksi	a. Menjalin kerjasama dengan institusi pendidikan b. Training need assesment dari mitra jejaring c. Pengembangan strategic marketing pelatihan revenue melalui advokasi dengan mitra jejaring d. Pelaksanaan akreditasi pelatihan dan institusi penyelenggara pelatihan																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Evaluasi kerjasama dengan institusi pendidikan b. Mengevaluasi kebutuhan pelatihan dari institusi pendidikan , rs sekitar (membuat kuisisioner dsb) c. Membuat directory pelatihan yang akan dijual beserta tarif sesuai hasil training need asesment d. Menawarkan kegiatan pelatihan ke institusi yang bekerja sama e. Akreditasi pelatihan f. Akreditasi institusi penyelenggara pelatihan																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa</td> <td></td> <td>Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td></td> <td>10%</td> <td>7%</td> <td>70%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	7%	70%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	7%	70%																				
6	Analisa Keberhasilan	Indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa pada tahun 2020 tercapai 7%, hal ini dikarenakan adanya kebijakan penundaan kepaniteraan klinik secara offline oleh semua institusi pendidikan disebabkan adanya pandemi covid 19 sehingga pelaksanaan kepaniteraan klinik secara daring. Hal ini berimbas pada Jumlah mahasiswa institusi pendidikan kedokteran yang melaksanakan pembelajaran daring terbatas serta Mahasiswa keperawatan dan non medis belum ada yang melaksanakan praktek klinik.																								
7	Permasalahan	Faktor yang menjadi hambatan atau kendala dalam mencapai target yaitu faktor pandemi Covid-19 secara langsung berdampak pada penurunan jumlah peserta didik tidak hanya kedokteran namun juga peserta didik keperawatan dan non medis. Selama masa pandemi Covid-19, pendidikan dilaksanakan secara daring. Sedangkan pelaksanaan pendidikan secara daring tidak dapat diakomodir oleh semua institusi pendidikan karena muatan pendidikan yang diharapkan adalah muatan skill atau ketrampilan klinis.																								

8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Rumah Sakit sebagai wahana pembelajaran klinik mulai membuka pembelajaran klinik dengan kombinasi daring dan luring (<i>blended learning</i>) - Melakukan evaluasi kesiapan sarana prasarana, sistem dan SDM untuk pelaksanaan praktek klinik secara luring di Rumah Sakit - Melakukan koordinasi dengan CI dan institusi Pendidikan untuk pembelajaran pre klinik
9	Efisiensi Sumber Daya	<p>Pada Indikator Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa terdapat biaya operasional yaitu biaya akomodasi mahasiswa praktikan. Telah direncanakan dan berkontrak makanan jadi mahasiswa sebesar Rp. 3.014.668.800 dan terlaksana sebesar Rp. 570.169.600. hal ini dikarenakan jumlah mahasiswa praktikan tidak sesuai target karena adanya pembatasan pembelajaran luring sebagai dampak pandemi covid 19. Efisiensi dari anggaran tersebut digunakan untuk penanganan covid 19 di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.</p>



Mengetahui,
Kepala Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian

dr. Nany Wulandari
NIP. 197508012008012010

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

9. Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Jumlah pasien yang di rujuk oleh jejaring pelayanan (yang mempunyai perjanjian kerjasama dengan RSJRW) di unit rawat jalan dan IGD.																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di rujuk oleh jejaring}}{\text{Total kunjungan pasien rawat jalan dan IGD}} \times 100\%$																								
3	Rencana Aksi	Memperkuat sistem jejaring rujukan pasien																								
4	Upaya yang dilakukan	<ul style="list-style-type: none"> a. Koordinasi lintas sektor b. Penguatan koordinasi jejaring rujukan c. Perluasan MoU rujukan d. Perbaikan fasilitas rujukan e. Monev capain program dan IKU 																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td style="text-align: center;">40%</td> <td style="text-align: center;">62,60%</td> <td style="text-align: center;">156,5%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			40%	62,60%	156,5%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			40%	62,60%	156,5%																				
6	Analisa Keberhasilan	<ul style="list-style-type: none"> - Kontribusi jejaring rujukan untuk pasien jiwa umum masih berjalan dengan baik meskipun dimasa pandemi, hanya saja volumenya memang berkurang dibandingkan tahun 2019. - Adanya upaya - upaya untuk memastikan bahwa pelayanan di RSJRW memperhatikan aspek pencegahan paparan covid-19 yang berdampak pada kepercayaan jejaring rujukan. 																								
7	Permasalahan	-																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan. - Membangun image bahwa pelayanan di RSJ RW antisipatif terhadap pencegahan paparan covid 19 (membuat poster prosedur layanan di masa pandemi) 																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan pada tahun 2020 tidak memerlukan pembiayaan, kegiatan yang berjalan berupa bentuk kerja sama (MOU).																								



Mengetahui,
Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

dr. Gunawan, MMRS
NIP 196605151987032001

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

10. Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Persentase rata-rata peningkatan kompetensi RS yang diampu dalam layanan psikogeriatri berbasis rumah sakit sesuai dengan pedoman pengampunan psikogeriatri RSJRW																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah peningkatan kompetensi layanan psikogeriatri dari RS yang diampu}}{\text{Total peningkatan kompetensi layanan psikogeriatri RS yang diampu sesuai pedoman}} \times 100\%$ 0% (Belum ada kegiatan)																								
3	Rencana Aksi	a. Membangun kerjasama pengampunan dengan RSJ lain dalam layanan psikogeriatri b. Assesment dan mapping kapabilitas RS yang diampu c. Intervensi awal sesuai dengan kompetensi RSJ yang diampu																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Inisiasi program pengampunan b. Assasment Rumah Sakit yang diampu c. Pemetaan kapabilitas rumah sakit yang diampu d. Implementasi program																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #e0f2f1;">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3" style="background-color: #e0f2f1;">Tahun 2019</th> <th colspan="3" style="background-color: #e0f2f1;">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #e0f2f1;">Target</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Realisasi</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Capaian</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Target</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Realisasi</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri</td> <td></td> <td>Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td></td> <td>30%</td> <td>0%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		30%	0%	0%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		30%	0%	0%																				
6	Analisa Keberhasilan	Pada tahun 2020 realisasi tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri sebesar 0% karena kegiatan ini belum bisa terlaksana																								
7	Permasalahan	Indikator tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW belum terlaksana karena belum ada konsep dan pedoman terkait program pengampunan.																								
8	Rencana Tindak Lanjut	Rencana yang akan dilakukan agar indikator tersebut dapat tercapai yaitu koordinasi untuk penataan konsep pelaksanaan program dengan melibatkan direksi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri tidak dapat terlaksana karena belum ada konsep dan pedoman terkait program pengampunan.																								

Mengetahui
 Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan



dr. Gunawan, MMRS
NIP. 196605151987032001

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

11. Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Jumlah unit kerja yang melakukan inovasi pelayanan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan dan orientasi kerja dan mengalami peningkatan dalam indikator <i>service excellent</i> (kepuasan pelanggan, peningkatan mutu layanan dan/atau peningkatan pendapatan)																								
2	Cara Perhitungan	Jumlah unit kerja yang mengalami peningkatan capaian indikator <i>service excellent</i> melalui inovasi.																								
3	Rencana Aksi	Peningkatan kemampuan dan komitmen Kepala Unit terhadap inovasi pelayanan berbasis <i>service excellent</i>																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> b. Penerapan Green Hospital c. Perumusan Indikator Mutu sesuai perubahan unit kerja d. Monitoring Evaluasi																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i></td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">200%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			2	4	200%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			2	4	200%																				
6	Analisa Keberhasilan	- adanya komitmen untuk meningkatkan kualitas pelayanan. - adanya dukungan pembiayaan dan sarana prasarana yang memadai																								
7	Permasalahan																									
8	Rencana Tindak Lanjut	- Membangun budaya mendengar keluhan pasien bagi SDM pemberi layanan - Membangun komitmen untuk implementasi PDCA																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Inovasi Telemedicine, Wisata Jiwa, pengelolaan rawat inap Covid-19 dan penatalaksanaan <i>screening</i> Covid-19 menyesuaikan dengan kondisi saat ini. RS berusaha tetap memberikan pelayanan seperti biasa dengan memperhatikan protokol kesehatan. Efisiensi sumber daya pada hal ini adalah dengan memberikan pelayanan secara daring, dan memberikan fasilitas untuk pasien yang terpapar covid-19.																								

Mengetahui,
Kepala Bagian Organisasi dan Umum



Yuyun Suprayitno, S.Kep, Ners
NIP. 197107101992031004

KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020

12. Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Peningkatan kunjungan dan pemeriksaan pelayanan kesehatan jiwa																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah kunjungan dan pemeriksaan pelayanan keswa tahun berjalan} - \text{Jumlah kunjungan dan pemeriksaan pelayanan keswa tahun sebelumnya}}{\text{Jumlah kunjungan dan pemeriksaan pelayanan keswa tahun sebelumnya}} \times 100\%$ $\frac{(28304 - 33708)}{33708} \times 100\%$ $\frac{-5404}{33708} \times 100\% = -16\%$																								
3	Rencana Aksi	a. Peningkatan kemampuan dan komitmen kepala unit terhadap produktivitas pelayanan. b. Pengembangan strategic marketing layanan																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Ketepatan waktu laporan diaudit oleh KAP b. Terwujudnya perencanaan yang terintegrasi c. Terwujudnya pengelolaan pendapatan dan pengeluaran anggaran yg transparan dan akuntabel d. Tersusunnya saran dan rekomendasi sesuai hasil pengawasan e. Terlaksananya jaminan kualitas pelaksanaan pengawasan f. Peningkatan produktivitas di semua instalasi dan unit penghasil minimal 5% g. Peningkatan proporsi pasien mandiri sebesar 10% h. Membangun sinergitas instalasi dan unit penunjang dengan lebih optimal i. Mendorong program efisiensi di setiap unit kerja j. Monev pencapaian mutu pelayanan sesuai standar k. Advokasi sistem imbal jasa yang adil, kompetitif dan proporsional l. Memperbaiki kecepatan respon terhadap penyelesaian komplain m. Menciptakan suasana kerja yang inovatif n. Mendorong terwujudnya birokrasi pelayanan yang komunikatif, responsif dan menjamin rasa aman o. Monev SPO pelayanan yang akomodatif terhadap kebutuhan pasien dan memberikan perlindungan hukum pada penyelenggara pelayanan p. Peningkatan kompetensi tenaga keperawatan dengan pelatihan-pelatihan q. Pemetaan pasar r. Refokusung program eksternal Instalasi PKRS s. Sinergisitas semua unit yang terlibat dalam promosi layanan t. Redesign target promosi u. Intensifikasi penyelesaian MOU																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="background-color: #c8e6c9;">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3" style="background-color: #c8e6c9;">Tahun 2019</th> <th colspan="3" style="background-color: #c8e6c9;">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th style="background-color: #c8e6c9;">Target</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Realisasi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Capaian</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Target</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Realisasi</th> <th style="background-color: #c8e6c9;">Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa</td> <td></td> <td>Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td></td> <td>10%</td> <td>0% (-16%)</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	0% (-16%)	0%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	0% (-16%)	0%																				
6	Analisa Keberhasilan	Pertumbuhan layanan kesehatan jiwa tidak mencapai target, bahkan minus 16%. Salah satu faktor penyebabnya adanya kondisi pandemi																								
7	Permasalahan	- Kondisi pandemi yang berdampak pada berkurangnya rujukan pasien dari jejaring rujukan, pembatasan mobilitas pasien, kurangnya kepercayaan masyarakat bahwa berkunjung ke rumah sakit masih aman terhadap kesehatan. - Inovasi yang dibuat belum sepenuhnya menyentuh semua lapisan konsumen, sebagai contoh pelayanan telemedicine baru bisa dimanfaatkan oleh pasien dengan pembiayaan umum, yang dalam hal ini proporsinya tidak banyak																								
8	Rencana Tindak Lanjut	- Koordinasi penguatan rujukan dari jejaring rujukan (Telepon, kunjungan ke jejaring rujukan). - Optimalisasi telemedicine (memperluas sasaran telemedicine, promosi																								

		layanan telemedicine) - Penataan ruang pelayanan yang berorientasi keselamatan dan kepuasan pasien. - Membangun <i>image</i> bahwa pelayanan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang antisipatif terhadap pencegahan paparan covid 19 (membuat poster prosedur layanan di masa pandemi)
9	Efisiensi Sumber Daya	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa tidak mengalami pertumbuhan karena pandemi covid-19, sehingga pagu anggaran tidak terserap untuk kebutuhan kegiatan. Alokasi anggaran untuk hal tersebut dialihkan untuk penanganan pandemi covid-19



Mengetahui,
Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan

dr. Gunawan, MMRS
NIP 196605151987032001

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

13. Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Pegawai yang memperoleh hasil penilaian baik pada skala budaya kerja																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang mendapat nilai baik}}{\text{Jumlah seluruh pegawai}} \times 100\%$																								
3	Rencana Aksi	a. Optimalisasi peran agent of change dalam peningkatan budaya kinerja pegawai b. Internalisasi budaya kinerja pegawai																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Evaluasi efektivitas agent of change b. Pelaksanaan kegiatan peningkatan leadership / motivasi bekerja c. Survey Budaya Kerja d. Update mapping budaya kerja e. Internalisasi budaya kerja melalui hospitality training f. Internalisasi budaya kerja melalui kegiatan organisasi agama, olahraga dan seni g. Penilaian Perilaku Kinerja Pegawai																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja</td> <td>90%</td> <td>82,4%</td> <td>91,56%</td> <td>70%</td> <td>90%</td> <td>128,57%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	90%	82,4%	91,56%	70%	90%	128,57%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	90%	82,4%	91,56%	70%	90%	128,57%																				
6	Analisa Keberhasilan	Indikator persentase perilaku pegawai sesuai budaya kerja pada tahun 2020 tercapai 90%. Hal ini menggambarkan rata-rata pegawai sudah berperilaku sesuai budaya kerja. Meski sudah mencapai target masih ada indikator yang perlu dioptimalkan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun 2021 yaitu pada aspek professional, kreatif dan inovatif																								
7	Permasalahan	Pada internalisasi budaya kerja yang masih menjadi permasalahan adalah pelaksanaan kegiatan internalisasi dan evaluasi berkala yang harus menyesuaikan kondisi pandemic covid19. Permasalahan teknis saat pengambilan data yang terjadi umumnya adalah saat pengumpulan data yang membutuhkan waktu lama, kurangnya pengetahuan pegawai dalam penggunaan <i>google form</i> pada pelaksanaan pengambilan data.																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Melaksanakan kegiatan pelatihan untuk penguatan agen-agen perubahan - Melakukan internalisasi budaya kerja mulai dari pimpinan tertinggi hingga ke staf - Mengadakan kegiatan-kegiatan yang memotivasi internalisasi budaya kerja misalnya pit stop untuk evaluasi budaya kerja bagi seluruh pegawai, capacity building, lomba cerdas cermat dan sebagainya - Reward bagi pegawai berprestasi 																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja pada tahun 2020 tidak memerlukan pembiayaan, karena kegiatan penilaian kinerja sudah dilakukan dalam bentuk elektronik melalui aplikasi EPI dan tidak memerlukan pembiayaan.																								



Mengetahui,
Kepala Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian

dr. Nany Wulandari
NIP.197508012008012010

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

14. Tercapainya indikator mutu unit kerja																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Indikator yang ditetapkan untuk menentukan keberhasilan capaian target mutu layanan pada unit kerja																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah indikator mutu yang memenuhi target}}{\text{Jumlah seluruh indikator mutu}} \times 100\%$ $\frac{427}{529} \times 100\% = 80,7\%$																								
3	Rencana Aksi	a. Review dan sosialisasi indikator mutu sesuai tupoksi masing-masing unit kerja b. Implementasi pelaksanaan indikator mutu sesuai dengan kondisi dan tantangan perkembangan pelayanan																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Penyelenggaraan kegiatan Rapat RS dan Unit Kerja b. Terlaksananya Review, Penyampaian dan Monev Capaian Indikator Mutu Bag Keuangan c. Surat Dinas yang terkirim d. Penggandaan Surat Dinas e. Belanja Percetakan f. Kelancaran kegiatan pengadministrasian rumah sakit g. Kelancaran kegiatan pelayanan rumah sakit h. Pengelolaan dan Pembuatan MoU berjalan dengan baik i. Terpenuhinya pengambilan dan pendistribusian linen infeksius dan ketepatan waktu dalam penyediaan Linen bersih. j. Penyediaan bahan chemical Steam Boiler k. Terpeliharanya Instalasi Fire Hidrant dan Pompa Hidrant Portable																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tercapainya indikator mutu unit kerja</td> <td colspan="3">Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td>90%</td> <td>80,7%</td> <td>89,67%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Tercapainya indikator mutu unit kerja	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			90%	80,7%	89,67%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Tercapainya indikator mutu unit kerja	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			90%	80,7%	89,67%																				
6	Analisa Keberhasilan	Pada tahun 2020 terdapat 529 indikator mutu unit kerja, dari 529 indikator mutu tersebut hanya tercapai 427 indikator. Sehingga tercapainya indikator mutu unit kerja pada tahun 2020 sebesar 80,7% dari target 90%.																								
7	Permasalahan	<ul style="list-style-type: none"> - Pada tahun 2020 terdapat revisi Indikator Mutu unit kerja, namun Pedoman Indikator Mutu baru selesai pada akhir tahun 2020. Sehingga beberapa unit kerja tidak mengetahui indikator mutu yang terbaru. - Beberapa unit kerja tidak tertib dalam mengupload pelaporan indikator mutu unit kerja pada turbonas, sehingga kesulitan dalam rekapitulasi capaian indikator mutu unit kerja. - Masih terdapat beberapa indikator mutu unit kerja yang tidak tercapai khususnya pada pelayanan karena dampak pandemi covid-19 																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan koordinasi dengan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dalam mensosialisasikan Pedoman Indikator Mutu - Mensosialisasikan kembali kepada PIC mutu unit kerja agar tertib dalam mengupload hasil capaian indikator mutu unit kerja pada turbonas. - Melakukan review indikator mutu unit kerja mengenai target terkait pandemi covid-19 																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Efisiensi anggaran indikator mutu pada unit kerja dialihkan pada biaya penanganan pandemi covid-19. Sehingga tidak ada kegiatan-kegiatan untuk peningkatan kompetensi mutu unit kerja																								

Mengetahui,
Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi



Unix Cahya Husada, S.Kep,Ns
NIP 198110102005011001

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

15. Terakreditasi Internasional																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Pengakuan bagi RS atas upaya-upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang dicapai berdasarkan standar penilaian akreditasi KARS International.																								
2	Cara Perhitungan	Capaian akreditasi internasional																								
3	Rencana Aksi	a. Persiapan dan pelaksanaan survei verifikasi internasional b. Perbaikan mutu berkelanjutan																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Implementasi Akreditasi b. Semua fasilitas mempunyai ijin atau sertifikat sesuai peraturan yang berlaku c. Implementasi Akreditasi d. Dokumen AMDAL tahap I selesai tepat waktu e. Melakukan kegiatan pemantauan dan implementasi penyehatan lingkungan RS f. Melakukan pemeriksaan laboratorium kesehatan lingkungan g. Terlaksananya pengelolaan limbah rumah sakit h. Lingkungan Rumah Sakit Sehat dan Bebas dari Vektor dan Binatang Pengganggu i. Pemeliharaan taman dan pohon																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Terakreditasi Internasional</td> <td>Snars Edisi I Internasional</td> <td>SGS ISO 9001 : 2015 (Jumlah 2) Akreditasi SNARS Tingkat Internasional (1)</td> <td>100%</td> <td>Verifikasi Internasional</td> <td>Verifikasi Internasional</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Terakreditasi Internasional	Snars Edisi I Internasional	SGS ISO 9001 : 2015 (Jumlah 2) Akreditasi SNARS Tingkat Internasional (1)	100%	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	100%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Terakreditasi Internasional	Snars Edisi I Internasional	SGS ISO 9001 : 2015 (Jumlah 2) Akreditasi SNARS Tingkat Internasional (1)	100%	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	100%																				
6	Analisa Keberhasilan	Capaian indikator terakreditasi internasional tercapai 100% karena telah terlaksananya Verifikasi Internasional pada bulan Januari 2020.																								
7	Permasalahan	Pada tahun 2020 telah terjadi pandemi Covid-19 yang secara tidak langsung berpengaruh terhadap pelaksanaan program peningkatan mutu layanan di rumah sakit. Dengan adanya pandemi Covid-19 tersebut menyebabkan beberapa kegiatan yang sudah direncanakan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien tidak bisa terlaksana dengan baik, misalnya : survey akreditasi SNARS edisi 1 dan survey visitasi ke 2, ISO 9001 : 2015																								
8	Rencana Tindak Lanjut	Untuk meniadakan lanjuti adanya beberapa kegiatan yang tidak terlaksana di tahun 2020, maka pada tahun 2021 ini akan segera dilakukan kegiatan yang sudah tertunda tersebut. Kegiatan tersebut diantaranya adalah audit eksternal ISO 9001:2015 visitasi ke 2 (seharusnya dilakukan dibulan Juli tahun 2020) yang akan dilakukan pada trimester pertama tahun 2021. Selain itu akan dilakukan juga audit eksternal ISO 9001:2015 visitasi ke 3 dan ke 4 ditahun 2021																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Pembiayaan Akreditasi Rumah Sakit terjadi efisiensi 100%, karena tidak diadakannya kegiatan audit sebagai efek pandemi covid-19.																								

Mengetahui
Kepala Bagian Perencanaan dan Evaluasi



Unix Cahya Husada, S.Kep,Ns
NIP. 198110102005011001

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

16. Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Pengembangan teknologi informasi secara terintegrasi untuk menunjang mutu efisiensi dan efektivitas pelayanan																								
2	Cara Perhitungan	Jumlah kumulatif pengembangan teknologi informasi selama 1 tahun																								
3	Rencana Aksi	a. Pengembangan dan pemeliharaan sarana IT b. SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik c. Modernisasi pengelolaan BLU (Office Automation) d. Sistem informasi perencanaan dan pengadaan e. Persiapan IT Security																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Terpenuhinya sarana komputerisasi yang siap pakai b. Terpenuhinya sarana operasional komputerisasi di rumah sakit c. Terpenuhinya operasional SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik d. Terpenuhinya kebutuhan pelaporan PPK BLU dan Surat Elektronik e. Tersedianya master program/aplikasi informasi perencanaan dan pengadaan terintegrasi f. Terpenuhinya keamanan data																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td style="text-align: center;">1 Paket</td> <td style="text-align: center;">1 Paket</td> <td style="text-align: center;">100%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			1 Paket	1 Paket	100%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	Belum ada dalam Perjanjian Kinerja			1 Paket	1 Paket	100%																				
6	Analisa Keberhasilan	Variabel capaian modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT yang telah ditetapkan : - Tersedianya website yang representatif dan up to date : website telah berjalan dan terupdate dengan alamat www.rsjlwang.id - Terbentuknya database terpusat : telah memiliki database terpusat pada server untuk semua aplikasi di rumah sakit seperti SIMRS, aplikasi penilaian kinerja (EPI), berlokasi di ruang server instalasi SIRS - Tersedianya Webservices untuk transfer data : telah dibuat webservice untuk pengiriman data otomatis ke aplikasi BIOS PPK BLU, dan juga webservice aplikasi dashboard, RS Online, informasi ketersediaan tempat tidur di kementerian kesehatan - Tersedianya dashboard untuk kebutuhan manajerial dan realtime : telah memiliki dashboard pelayanan pada aplikasi SIMRS dan dashboard ketersediaan tempat tidur, kunjungan klinik, indikator pelayanan - Menggunakan Office Automation : telah memiliki dan berjalan aplikasi OA Surelintas dengan penggunaan server secara mandiri																								
7	Permasalahan	Pada tahun 2020 telah dibuat webservice yang terkoneksi dengan aplikasi BIOS versi 1 Dit. PPK BLU. Akan tetapi aplikasi BIOS sekarang sudah pada versi 2. Dan belum dibuatkan webservicenya karena masih menunggu update juknis dari Dit. PPK BLU																								
8	Rencana Tindak Lanjut	Melakukan koordinasi dengan Dit. PPK BLU untuk update webservice aplikasi BIOS versi 2 di tahun 2021																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Efisiensi modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT berdampak pada pengurangan penggunaan kertas dan penyimpanan dokumen.																								

Mengetahui,
Kepala Bagian Organisasi dan Umum



Yuyun Suprayitno, S.Kep, Ners
NIP 197107101992031004

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

17. OEE (Overall Equipment Effectiveness)																																																																																		
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																																																																																
1	Definisi Operasional	OEE (Overall Equipment Effectiveness) adalah suatu cara untuk mengukur kinerja mesin produksi dalam penerapan program TPM (Total Productive Maintenance). OEE adalah total pengukuran terhadap performance yang berhubungan dengan availability, proses produktivitas dan kualitas. Dalam bahasa Indonesia, OEE adalah efektifitas peralatan secara keseluruhan.																																																																																
2	Cara Perhitungan	<p>OEE = Availability x Performance x Quality Rate.</p> <p>Availability adalah waktu kesediaan mesin/alat.</p> <p>Performance adalah Jumlah unit yang diproduksi.</p> <p>Quality adalah mutu yang dihasilkan.</p>																																																																																
3	Rencana Aksi	<p>a. Optimalisasi inventarisasi peralatan RS, sistem pemeliharaan dan kalibrasi</p> <p>b. Optimalisasi kompetensi SDM pengelola peralatan</p> <p>c. Optimalisasi sistem manajemen peralatan dan alkes menggunakan teknologi informasi</p>																																																																																
4	Upaya yang dilakukan	<p>a. Terlaksananya pengelolaan limbah rumah sakit</p> <p>b. Tersedianya uap air panas sebagai penunjang untuk mensuplai Penyediaan uap panas mesin cuci, pengering dan seterika</p> <p>c. Terlaksananya kegiatan pengelolaan linen untuk memenuhi ketersediaan linen di ranap</p> <p>d. Terpeliharanya sarana & Prasana Rumah Sakit (Binatu)</p> <p>e. Terpeliharanya sarana & Prasana Rumah Sakit</p>																																																																																
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OEE (Overall Equipment Effectiveness)</td> <td>80%</td> <td>90,28%</td> <td>112,85%</td> <td>85%</td> <td>70,39%</td> <td>82,81%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	80%	90,28%	112,85%	85%	70,39%	82,81%																																																								
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																																																																														
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																																																																												
OEE (Overall Equipment Effectiveness)	80%	90,28%	112,85%	85%	70,39%	82,81%																																																																												
6	Analisa Keberhasilan	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="3">NO</th> <th rowspan="3">OEE</th> <th rowspan="3">TARGET</th> <th colspan="2">REALISASI</th> <th>REALISASI</th> <th rowspan="3">CAPAIAN</th> </tr> <tr> <th colspan="2">jan-juni</th> <th>TAHUN 2020</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Alat kesehatan</td> <td>85%</td> <td>92,36%</td> <td>92,36%</td> <td>92,36%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>IPAL</td> <td>85%</td> <td>86,81%</td> <td>86,81%</td> <td>86,81%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Genset 500 KVA</td> <td>85%</td> <td>92,19%</td> <td>92,19%</td> <td>92,19%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Mesin Pengering</td> <td>85%</td> <td>49,30%</td> <td>21,02%</td> <td>35,16%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Mesin Cuci</td> <td>85%</td> <td>48,82%</td> <td>47,04%</td> <td>47,93%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Mesin Seterika</td> <td>85%</td> <td>85,70%</td> <td>54,74%</td> <td>70,22%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Boiler</td> <td>85%</td> <td>85,70%</td> <td>50,48%</td> <td>68,09%</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Jumlah</td> <td>85%</td> <td>540,88%</td> <td>444,64%</td> <td>492,76%</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Rata-rata</td> <td></td> <td>77,27%</td> <td>63,52%</td> <td>70,39%</td> <td>82,82%</td> </tr> </tbody> </table>					NO	OEE	TARGET	REALISASI		REALISASI	CAPAIAN	jan-juni		TAHUN 2020				1	Alat kesehatan	85%	92,36%	92,36%	92,36%		2	IPAL	85%	86,81%	86,81%	86,81%		3	Genset 500 KVA	85%	92,19%	92,19%	92,19%		4	Mesin Pengering	85%	49,30%	21,02%	35,16%		5	Mesin Cuci	85%	48,82%	47,04%	47,93%		6	Mesin Seterika	85%	85,70%	54,74%	70,22%		7	Boiler	85%	85,70%	50,48%	68,09%			Jumlah	85%	540,88%	444,64%	492,76%			Rata-rata		77,27%	63,52%	70,39%	82,82%
NO	OEE	TARGET	REALISASI		REALISASI	CAPAIAN																																																																												
			jan-juni		TAHUN 2020																																																																													
1	Alat kesehatan	85%	92,36%	92,36%	92,36%																																																																													
2	IPAL	85%	86,81%	86,81%	86,81%																																																																													
3	Genset 500 KVA	85%	92,19%	92,19%	92,19%																																																																													
4	Mesin Pengering	85%	49,30%	21,02%	35,16%																																																																													
5	Mesin Cuci	85%	48,82%	47,04%	47,93%																																																																													
6	Mesin Seterika	85%	85,70%	54,74%	70,22%																																																																													
7	Boiler	85%	85,70%	50,48%	68,09%																																																																													
	Jumlah	85%	540,88%	444,64%	492,76%																																																																													
	Rata-rata		77,27%	63,52%	70,39%	82,82%																																																																												
7	Permasalahan	Jumlah layanan/produk mengalami penurunan karena jumlah pasien rawat inap turun dengan adanya pandemi covid-19																																																																																
8	Rencana Tindak Lanjut	<p>- Faktor-faktor pendukung untuk mempertahankan efektifitas dan tingkat kualitas sangat baik adalah dengan cara :</p> <p>a. Monitoring dan evaluasi</p> <p>b. Pemeliharaan secara berkala</p> <p>c. Kepatuhan user sesuai dengan SOP operasional alat.</p> <p>d. Cek kondisi alat kesehatan sesuai dengan jadwal yang ditetapkan.</p> <p>- Pemeliharaan alat kesehatan oleh SDM yang berkompeten</p> <p>Langkah yang dapat dilakukan adalah menjalankan mesin sesuai dengan jumlah layanan yang ada, hingga tidak adanya complain</p>																																																																																

9	Efisiensi Sumber Daya	Penurunan jumlah performance OEE dari operasional Binatu (Mesin Pengering, Mesin Cuci, Mesin Setrika dan Boiler) menjadi salah satu hal yang bisa diperhitungkan dalam efisiensi penggunaan alat bahan cuci chemical.
---	-----------------------	---

Mengetahui,
Kepala Bagian Organisasi dan Umum



Yuyun Suprayitno, S.Kep, Ners
NIP 197107101992031004

KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020

18. Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Proses kerja dalam manajemen aset yang bertujuan untuk mengoptimalkan potensi fisik (tanah), jumlah, legal, dan nilai ekonomi yang dimiliki aset tersebut untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan.																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah luas yang dimanfaatkan}}{\text{Luas tanah keseluruhan tanpa bangunan}} \times 100\%$ $\frac{425650}{2993440} \times 100\% = 14,22\%$																								
3	Rencana Aksi	a. Optimalisasi pemetaan aset dan penegasan batas wilayah b. Optimalisasi Strategi pengelolaan manajemen aset c. Pemanfaatan aset utk wellness program (wisata jiwa)																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Pemetaan Wilayah luasan Aset b. Tersedianya bahan untuk Alkes (Biomedika) c. Pembangunan gedung Pelayanan d. Penyusunan langkah-langkah pengelolaan aset berdasarkan pemetaan potensi aset e. Terpeliharanya Gedung dan bangunan f. Terpeliharanya Kendaraan Dinas Operasional Roda 2,3 dan 4 g. Terpeliharanya Sarpras Peralatan Rumah Tangga h. Terpeliharanya mesin-mesin untuk operasional rumah sakit																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan</td> <td></td> <td>Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td></td> <td>10%</td> <td>14,22%</td> <td>142,2%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	14,22%	142,2%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		10%	14,22%	142,2%																				
6	Analisa Keberhasilan	<ul style="list-style-type: none"> - Indikator Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan, terealisasi sebesar 14,22%, capaian ini merupakan perbandingan luas tanah yang dimanfaatkan untuk gedung, pelayanan, kerjasama pemanfaatan lahan untuk ATM, kantin, telaga dan gedung pertemuan yang disewakan untuk pihak lain dengan luas tanah yang dimiliki oleh RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sesuai dengan sertifikat pada tahun 2020. Luasan tanah yang dimiliki RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang saat ini seluas 2.993.440 m², sedangkan luasan tanah yang telah dimanfaatkan seluas 425.650 m². - Jika dibandingkan dengan target yang ditetapkan sebesar 10%, hal ini tentunya telah tercapai melebihi target. Namun jika dibandingkan dengan capaian pada semester 1 yang realisasinya masih 0% atau belum terealisasi. Pada semester 1 belum ada reralisasi karena masih terkendala belum selesainya identifikasi dan perhitungan atas luasan tanah yang telah termanfaatkan, selain itu pemberlakuan SOTK baru sesuai dengan Permeneks 56 Tahun 2019 tepat pada bulan Juni 2020, merubah PIC Indikator yang sebelumnya di Bagian Administrasi Umum dan saat ini dibawah Bagian Keuangan dan BMN. 																								
7	Permasalahan	<ul style="list-style-type: none"> - Penanaman pohon kayu balsa, tetapi penawaran belum bisa ditindaklanjuti dengan belum definitifnya pimpinan BLU pada saat itu dan setelah ditetapkan definitif telah lewat masa musim kemarau (memasuki musim penghujan) sehingga calon investor memundurkan penawaran sampai dengan musim kemarau yang akan datang - Pemanfaatan lahan area telaga, tetapi dengan masih terdapatnya pembatasan keramaian di masa pandemi maka kerjasama pengelolaan lahan telaga sebagai pariwisata belum bisa diimplementasikan pada tahun 2020 																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan kontak ulang kepada investor penanaman pohon kayu balsa untuk bisa segera mengajukan penawaran dan dilakukan 																								

		<p>pembahasan dan perjanjian.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyampaikan kepada pihak pemenang <i>beauty contest</i> pengelolaan telaga untuk melakukan koordinasi kembali terkait pemanfaatan lahan tersebut. - Membuka peluang pemanfaatan lahan oleh pegawai rumah sakit dengan ditanami jahe merah yang nantinya panen jahenya akan dibeli oleh PT Bintang Tujuh (telah dibuka pembicaraan awal terkait prospek hal tersebut dengan PT Bintang Tujuh).
9	Efisiensi Sumber Daya	Efisiensi pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan bekerjasama dengan pihak investor. Dengan mekanisme biaya operasional dibebankan kepada investor, sehingga tidak pembiayaan dari RS BLU.

Mengetahui,
Kepala Bagian Keuangan dan BMN



Istoe Herge Widodo, SE
NIP 197108061993031003

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

19. Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Terwujudnya pegawai yang memenuhi standar kompetensi yang meliputi pengetahuan, pemahaman, kemampuan, nilai, sikap dan minat.																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah pegawai yang memenuhi standar kompetensi}}{\text{Jumlah seluruh pegawai}} \times 100\%$ $\frac{727}{779} \times 100\% = 93,32\%$																								
3	Rencana Aksi	a. Update mapping dan penentuan pola pengembangan kompetensi pegawai berdasarkan Pendidikan, pelatihan dan kemampuan b. Pelaksanaan diklat menutup gap kompetensi c. Penempatan pegawai sesuai kompetensi																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Mapping pengembangan kompetensi pegawai b. Update data profil setiap pegawai c. Pendidikan dr Sub Spesialis Forensik d. Pendidikan dr Sub Spesialis Geriatri e. Pelaksanaan pelatihan internal dan eksternal sesuai gap kompetensi f. Diklat pengembangan jenjang karir g. Diklat pim h. Ujian dinas i. Diklat prajabatan j. Uji kompetensi k. Mapping pegawai																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar</td> <td>75%</td> <td>77%</td> <td>102,66%</td> <td>80%</td> <td>93,32%</td> <td>116,65%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	75%	77%	102,66%	80%	93,32%	116,65%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	75%	77%	102,66%	80%	93,32%	116,65%																				
6	Analisa Keberhasilan	Capaian indikator persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar tercapai sebesar 93,32%, atau mencapai target karena penyelenggaraan pelatihan internal 3 kemampuan dasar dengan metode blended learning memungkinkan untuk diikuti oleh seluruh pegawai																								
7	Permasalahan	Peningkatan kompetensi pegawai pada awalnya mengalami masalah dalam pelaksanaan kegiatan dikarenakan adanya pandemic covid-19 sehingga banyak kegiatan pelatihan yang ditunda dan dibatalkan																								
8	Rencana Tindak Lanjut	1. Pelaksanaan kegiatan pengembangan kompetensi berupa pendidikan dan pelatihan perlu dilakukan penyesuaian di masa pandemic misalnya dengan pelaksanaan secara daring, <i>blended learning</i> , <i>coaching</i> dan sebagainya agar dapat tetap terlaksana 2. Upaya memenuhi muatan 20 jpl untuk setiap pegawai dilakukan menyelenggarakan pelatihan internal/ in house training 3. Kerjasama dengan Balai-balai penyelenggara pelatihan Kesehatan untuk mengadakan diklat bagi jabatan- jabatan fungsional 4. Penyelenggaraan pelatihan terakreditasi juga sangat membantu untuk memenuhi gap kompetensi pegawai																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Kompetensi pegawai yang sesuai standar pada tahun 2020 melalui pengembangan SDM dengan cara pendidikan dan pelatihan. Anggaran yang direncanakan tidak bisa diterapkan seluruhnya karena pola pelatihan banyak yang beralih menjadi metode daring, sehingga tidak muncul biaya-biaya kegiatan. Pagu awal kegiatan peningkatan SDM sebesar Rp. 2.250.924.000 dan terlaksana sebesar Rp. 326.272.319. efisiensi anggaran tersebut digunakan untuk penanganan covid 19.																								

Mengetahui,
Kepala Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian



dr. Nany Wulandari
NIP 197508012008012010

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

20. Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	Pegawai yang memperoleh nilai baik dalam penilaian kualitas dan perilaku kinerja.																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Jumlah pegawai dengan nilai baik pada komponen kualitas dan perilaku}}{\text{Jumlah seluruh pegawai}} \times 100\%$																								
3	Rencana Aksi	a. Penerapan sistem pembinaan pegawai untuk meningkatkan kinerja b. Penerapan merit system untuk mewujudkan motivasi internal																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Mapping pegawai yang memerlukan pembinaan b. Pembinaan Pegawai c. Peningkatan motivasi internal d. Penilaian kepuasan pegawai dan monev kualitas perilaku kinerja																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar</td> <td></td> <td>Belum ada dalam Perjanjian Kinerja</td> <td></td> <td>70%</td> <td>90%</td> <td>128,57%</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		70%	90%	128,57%				
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar		Belum ada dalam Perjanjian Kinerja		70%	90%	128,57%																				
6	Analisa Keberhasilan	Capaian indikator persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar capaiannya melebihi target yaitu sebesar 90% dari target 70%. Komponen perilaku kinerja yang diukur saat ini adalah keberadaan, inisiatif, kehandalan, kepatuhan, kerjasama, perilaku																								
7	Permasalahan	Permasalahan yang muncul biasanya adalah teknis pengambilan data untuk menilai perilaku kinerja sesuai standar. Pada tahun 2020 penilaian diambil dari data survey budaya kerja yang dilakukan setiap 6 bulan sekali. Pada penilaian kinerja bulanan hanya tergambar sebagian komponen saja																								
8	Rencana Tindak Lanjut	1. Memasukkan 6 komponen perilaku kerja ke dalam penilaian kinerja bulanan sehingga dapat dilakukan evaluasi setiap bulan 2. Komponen perilaku kinerja dimasukkan dalam aplikasi penilaian kinerja																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja dapat dilihat dalam aplikasi penilaian kinerja (EPI). Aplikasi tersebut memberikan efisiensi waktu pekerjaan, sehingga bisa dimonitor hasilnya secara tepat.																								



Mengetahui,
Kepala Bagian SDM, Pendidikan, dan Penelitian

dr. Nany Wulandari
NIP. 197508012008012010

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

21. Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%																																	
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																															
1	Definisi Operasional	Persentase peningkatan pendapatan operasional dari tahun sebelumnya. Pendapatan operasional merupakan PNBPN BLU yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (rupiah murni) dan hibah.																															
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Pendapatan operasional tahun berjalan} - \text{Pendapatan operasional tahun lalu}}{\text{Pendapatan operasional tahun lalu}} \times 100\%$ $\frac{49.015.748.009 - 64.660.856.180}{64.660.856.180} \times 100\%$ <p style="text-align: center;">-24,20%</p>																															
3	Rencana Aksi	a. Optimalisasi peningkatan pendapan dengan semua direktorat b. Optimalisasi sistem pembiayaan pelayanan berbasis IT c. Peningkatan produktifitas pelayanan untuk meningkatkan pendapatan																															
4	Upaya yang dilakukan	a. Tersedianya informasi capaian pendapatan dari target yang ditetapkan b. Terlaksananya optimalisasi sistem pembiayaan pelayanan berbasis IT																															
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr style="background-color: #e0f2f1;"> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%</td> <td>10%</td> <td>-1,78%</td> <td>0%</td> <td>10%</td> <td>-24,20%</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Realisasi Pendapatan</td> <td colspan="3">64.660.856.180</td> <td colspan="3">49.015.748.009</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%	10%	-1,78%	0%	10%	-24,20%	0%	Realisasi Pendapatan	64.660.856.180			49.015.748.009		
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																													
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																											
Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%	10%	-1,78%	0%	10%	-24,20%	0%																											
Realisasi Pendapatan	64.660.856.180			49.015.748.009																													
6	Analisa Keberhasilan	Capaian indikator terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10% tidak tercapai. Karena sektor pendapatan utama BLU dari penambahan kunjungan pasien rawat inap maupun rawat jalan jauh dari target, hal ini sebagai dampak adanya pandemi Covid 19. Pendapatan dari sektor pendidikan dan pelatihan juga tidak memberikan hasil seperti yang diharapkan karena seluruh mahasiswa praktikan telah dirumahkan dan ditiadakan praktek lapangan oleh mitra institusi																															
7	Permasalahan	Adanya dampak pandemi covid 19 terhadap penurunan jumlah kunjungan pasien rawat inap, rawat jalan, dan mahasiswa praktikan.																															
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Menerapkan screening ketat terhadap semua pengunjung pasien rawat inap, rawat jalan maupun mahasiswa praktikan untuk menemukan adanya kemungkinan orang dengan tanda gejala covid-19 dan segera melakukan tindak lanjut. - Melakukan seting ruangan rawat inap rawat jalan sesuai dengan protokol kesehatan termasuk dengan menjaga jarak antrian. - Memberikan pengamanan kepada petugas dengan memberikan fasilitas kebersihan tangan, alat pelindung diri dan barrier droplet di tempat kerja - Melakukan promosi kembali kepada masyarakat dengan menampilkan video edukasi layanan masyarakat yang bertema pelayanan kesehatan jiwa yang aman dalam masa kenormalan baru di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, selanjutnya dilakukan penyebaran konten promosi melalui media sosial dan media komunikasi rumah sakit. 																															

9	Efisiensi Sumber Daya	Pada tahun 2020 usaha-usaha untuk menambah pendapatan terbatas dalam maintenance tarif sewa gedung, lahan sedangkan usaha-usaha yang lain seperti peningkatan kunjungan pasien tidak bisa dilaksanakan karena pembatasan mobilitas sebagai dampak pandemi covid 19.
---	-----------------------	---

Mengetahui,
Kepala Bagian Keuangan dan BMN



Istoe Heroe Widodo, SE
NIP. 197108061993031003

**KERTAS KERJA
EVALUASI CAPAIAN IKU TAHUN 2020**

22. Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%																										
No	Evaluasi Capaian Target	Keterangan																								
1	Definisi Operasional	<p>Persentase hasil perbandingan pendapatan PNPB terhadap biaya operasional dalam satu periode.</p> <p>Pendapatan PNPB merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni).</p> <p>Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNPB BLU, tidak termasuk biaya penyusutan.</p>																								
2	Cara Perhitungan	$\frac{\text{Pendapatan PNPB}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100\%$ $\frac{49.241.946.989}{114.108.328.961} \times 100\% = 43,15\%$																								
3	Rencana Aksi	Peningkatan produktifitas dan efisiensi																								
4	Upaya yang dilakukan	a. Menyusun Laporan efisiensi biaya b. Monev DJA c. Monev Bapenas PP 39 d. Pengawasan Anggaran e. Melaksanakan kegiatan negoisasi																								
5	Pencapaian Kinerja	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Indikator Kinerja</th> <th colspan="3">Tahun 2019</th> <th colspan="3">Tahun 2020</th> </tr> <tr> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> <th>Target</th> <th>Realisasi</th> <th>Capaian</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%</td> <td>\geq 45%</td> <td>46,94%</td> <td>104,31%</td> <td>\geq 45%</td> <td>43,15%</td> <td>95,91%</td> </tr> </tbody> </table>					Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020			Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%	\geq 45%	46,94%	104,31%	\geq 45%	43,15%	95,91%
Indikator Kinerja	Tahun 2019			Tahun 2020																						
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian																				
Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%	\geq 45%	46,94%	104,31%	\geq 45%	43,15%	95,91%																				
6	Analisa Keberhasilan	Capaian indikator rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45% pada tahun 2020 sebesar 43,15% belum tercapai karena pengeluaran belanja anggaran lebih besar dibandingkan dengan periode sebelumnya yang disebabkan karena kebutuhan mendesak terkait penatalaksanaan pencegahan penyebaran Covid-19																								
7	Permasalahan	Pandemi covid-19 yang secara tidak langsung berdampak pada pendapatan rumah sakit karena menurunnya kunjungan rawat jalan, rawat inap, dan mahasiswa praktikan.																								
8	Rencana Tindak Lanjut	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan promosi kembali kepada masyarakat dengan menampilkan video edukasi layanan masyarakat yang bertema pelayanan kesehatan jiwa yang aman dalam masa kenormalan baru di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, selanjutnya dilakukan penyebaran konten promosi melalui media sosial dan media komunikasi rumah sakit. - Melakukan efisiensi penghematan air, listrik, dll - Menerapkan protokol kesehatan yang ketat untuk menekan biaya penanganan covid 19 																								
9	Efisiensi Sumber Daya	Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional sebesar Rp. 23.145.879.727 dari total pagu Rp. 161.696.352.000 dengan persentase 14%.																								

Mengetahui,
Kepala Bagian Keuangan dan BMN



Istoe Herce Widodo, SE
NIP. 197108061993031003