



RS Jiwa Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT
LAWANG

LAPORAN TAHUN **2018**



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

Jl. A. Yani Lawang 65208
Telp. (0341) 426015, 429067 Fax. (0341) 423785

LAPORAN TAHUN 2018
RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

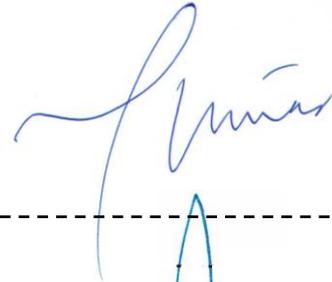
TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI :

1. Direktur Utama
dr. SITI KHALIMAH, Sp KJ, MARS
NIP 197104162002122001



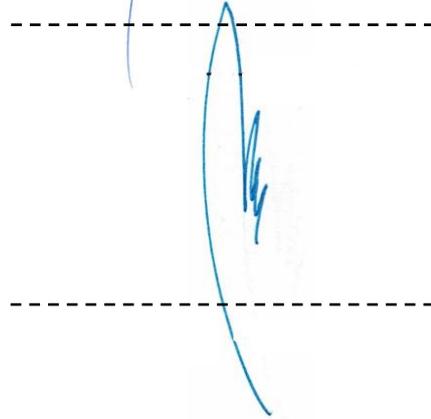
Handwritten signature of Siti Khalimah in blue ink, positioned above a horizontal dashed line.

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



Handwritten signature of Yuniar in blue ink, positioned above a horizontal dashed line.

3. Direktur SDM dan Pendidikan
dr. BUDHIMULJONO ADHIWIRAWAN, M Kes
NIP 196101041988031002



Handwritten signature of Budhimuljono Adhiwirawan in blue ink, positioned above a horizontal dashed line.

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



Handwritten signature of Nurul Sri Hidayati Rini in blue ink, positioned above a horizontal dashed line.

KATA PENGANTAR



Segala Puji bagi Allah SWT bahwa RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah menyusun Laporan Tahun 2018 sesuai program dan kegiatan yang telah direncanakan. Penyusunan Laporan Tahun 2018 adalah tahun keempat pelaporan sesuai dengan RSB RSJRW Tahun 2015 – 2019 dan RBA Tahun 2018 .

Laporan ini disusun sebagai tugas, tanggung jawab dan kewajiban untuk pelaksanaan program kerja sesuai sasaran yang telah dirumuskan agar diperoleh laporan kinerja yang dijabarkan sesuai target kinerja yang telah ditetapkan dalam RSB RSJRW Tahun 2015 - 2019 dan RBA RSJRW Tahun 2018.

Penyusunan laporan ini diharapkan dapat memberi manfaat sebagai umpan balik untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kinerja secara terus menerus dan berkesinambungan sesuai dengan pelaksanaan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan sasaran strategis yang telah ditetapkan. Hal ini juga agar dapat teridentifikasi langkah- langkah terobosan dan inovasi untuk peningkatan kinerja dalam tahun berikutnya..

Terima kasih disampaikan kepada seluruh unit kerja yang telah membantu melakukan pengumpulan data, monitoring dan evaluasi validasi data sehingga tersusun Tahun 2018 RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Saran dan masukan yang membangun kami perlukan untuk perbaikan yang akan datang. Semoga laporan ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Lawang, 29 Januari 2019

Direktur Utama,



dr. SITI KHALIMAH, Sp KJ, MARS
NIP 197104162002122001

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN

LEMBAR TELAAH DIREKSI	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI.....	iii
RINGKASAN EKSEKUTIF	v

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan Laporan	2
C. Ruang Lingkup Laporan	3

BAB II : ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

A. Hambatan Awal Tahun	5
B. Kelembagaan	8
C. Sumber Daya	
1). Sumber Daya Manusia.....	9
2). Sarana dan Prasarana	12
3). Dana	16

BAB III : TUJUAN DAN SASARAN KERJA

A. Dasar Hukum.....	19
B. Tujuan dan Sasaran Kinerja	20
C. Penetapan Indikator Kinerja	
1). Kontrak Indikator Kinerja Utama Tahun 2018.....	22
2). Penetapan Indikator BLU.....	23
3). Kontrak Kinerja Tahun 2018 (IKI dan IKT).....	27
4). Indikator Mutu Rumah Sakit.....	28

BAB IV : STRATEGI PELAKSANAAN

A. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....	33
B. Hambatan Dalam Pelaksanaan Strategi	36
C. Upaya Tindak Lanjut	39

BAB V : HASIL KERJA

A. Pencapaian Target Kinerja dan Pendapatan	
a. Pencapaian IKU Tahun 2018.....	43
b. Pencapaian IKI dan IKT Kinerja Tahun 2018	50
c. Pencapaian Kinerja Unit	
1). Kinerja Medik dan Keperawatan.....	53
2). Kinerja SDM dan Pendidikan.....	64
3). Kinerja Keuangan dan Administrasi umum.....	78
d. Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit.....	143
B. Realisasi Anggaran thn 2018.....	160

BAB VI : PENUTUP

1. Kesimpulan.....	168
2. Saran dan tindak lanjut.....	172

LAMPIRAN - LAMPIRAN

Penetapan Kinerja

Kontrak Kinerja

SK Tim Laporan Kinmerja Tahun 2018

RINGKASAN EKSEKUTIF

RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang bekerja terus menerus untuk meningkatkan kinerjanya dengan melakukan efisiensi dan produktifitas khususnya dalam bidang pelayanan, organisasi dan sumber daya manusia serta Keuangan dan sarana prasarana. Guna mewujudkan hal tersebut diperlukan komitmen dan integritas yang tinggi dari semua pihak melalui berbagai perubahan yang harus diciptakan dan dilaksanakan secara konsisten, sistimatis, terencana dan berkesinambungan.

Secara umum target indikator kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Kerja Tahun 2018 dapat tercapai secara optimal.

Beberapa indikator capaian kinerja dapat disimpulkan sebagai berikut:

Kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan untuk pertumbuhan kunjungan rawat jalan tercapai 104% dan menurun jika dibandingkan dengan tahun lalu. Untuk pertumbuhan kunjungan rawat darurat hanya tercapai 95% menurun dibanding tahun 2017. Sedangkan pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap tercapai 98% %. Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi menurun dan tercapai 95% %, Pertumbuhan pemeriksaan ECT 191% meningkat selama tahun 2018 dengan tambahan ECT premedikasi . Pertumbuhan rehabilitasi fisik dan mental hanya mencapai 85%. Dalam hal mendukung JKN untuk penulisan resep sesuai dengan Formularium Nasional tercapai 97.16 % sesuai dengan kebijakan dalam pemakaian obat Formularium Nasional . BOR menurun dari 76,58% tahun 2017 menjadi 74,93 pada tahun 2018 karena pelaksanaan MOU dengan kabupaten/ kota.

Dalam rangka memenuhi mutu layanan dan mutu klinik di masyarakat beberapa indikator sesuai dengan standar Nasional yaitu : Mutu Layanan Emergency Respon Time tercapai 1 menit 39 detik, waktu tunggu rawat jalan 78 mnt 36 detik kurang dari standar 60 mnt. Length Of Stay masih terlalu lama yaitu 42,91 tahun 2017 dan tahun 2018 semakin lama yaitu hari 46,41 hari, waktu tunggu sebelum ECT 1 hari sudah memenuhi standar, waktu tunggu Laboratorium 48 menit 3 detik sudah cukup terpenuhi. Waktu Tunggu Hasil Radiologi 1 jam 30 menit sudah terpenuhi. Untuk Mutu Klinik angka kematian di Gawat Darurat 0% tercapai, Angka kematian >48 jam hanya 0%. Tidak ada kematian setelah dilakukan ECT. Angka Infeksi nosokomial untuk luka fixaxi 0,1 %, dermatomikosis 0,2 %, Scabies 0,1 % dan postural hipotensi 0% sehingga angka infeksi nosokomial masih dalam kriteria baik (Haper 0,4% dengan skor maksimal 4)

Kinerja Direktorat SDM dan Pendidikan adanya peningkatan jumlah pegawai 2 orang karena pegawai yang pensiun sejumlah 26 orang, pindah keluar 4 orang jadi jumlah total pegawai yang keluar 30 orang, tidak ada rekrutment non PNS pada tahun 2018. Pada tahun 2018 terjadi pergantian pimpinan Direktur utama pada Bulan Oktober 2018 yaitu dr Laurentius Panggabean, Sp K. MKK digantikan oleh dr. Siti Khalimah, Sp KJ MARS. Kinerja tetap berjalan dengan melakukan efisiensi dan efektivitas pegawai.

Kegiatan pengelolaan kesejahteraan pegawai yang meliputi pengelolaan BPJS, TASPEN, cuti pegawai, uangduka, tali asih, pemeriksaan kesehatan pegawai, uang makan pegawai PNS dan pengelolaan pegawai Non PNS sudah sesuai dengan target. Terkait pengelolaan cuti pegawai, tercapai sesuai target yang telah ditetapkan, namun dalam pelaksanaannya cuti mengalami perubahan yaitu pada cuti bersama yang telah ditetapkan oleh presiden tidak mengurangi cuti tahunan yang pada tahun sebelumnya mengurangi. Terkait pengelolaan BPJS Kesehatan bagi pegawai non PNS tercapai sesuai target. Untuk kesejahteraan pembiayaan pegawai Non PNS dibiayai dari dana BLU sebanyak 139 pegawai. Kepuasan pegawai tercapai 87,15%, tercapainya budaya pegawai berperilaku sesuai budaya kinerja 80,71% dan belum memenuhi target sebesar 85%.

Kegiatan penatausahaan pegawai pada tahun 2018 sejumlah 10 kegiatan yang meliputi: pengusulan KARIS/KARSU, pengusulan KARPEG, pembuatan surat tugas, pembuatan Surat Keputusan DIRUT, mengagendakan surat, administrasi kepegawaian lainnya, meng-update SIMKA online, merekap data ketenagaan bulanan, pengusulan kenaikan gaji berkala dan meng-update dan membuat DUK semua kegiatan tercapai sesuai target yang ditetapkan, namun terkait dengan Update SIMKA terdapat kendala kurangnya data pendukung dalam Update SIMKA karena pegawai tidak melapor jika terjadi perubahan data dikarenakan pegawai kurang memahami kepentingan Update SIMKA. Pelaksanaan survei penilaian budaya kerja pegawai telah terlaksana dengan menggunakan sistem online dengan google form.

Program di Bagian Diklit untuk pertumbuhan peserta didik Kedokteran tahun 2018 mengalami penurunan dan tercapai mencapai 99% sehingga mengalami penurunan dibanding tahun 2017. Layanan praktikan mahasiswa S1 psikologi menurun mencapai 78,79 %. Rata - rata jam pelatihan karyawan tercapai 230% tahun 2018 namun prosentase pegawai yang mendapatkan pelatihan >20 JPL/ tahun hanya tercapai 57%, Penyelenggaraan pelatihan dodiknis dan CI yang dilaksanakan bekerjasama dengan institusi pasangan tercapai 75% Penelitian yang dipublikasikan tercapai 1 penelitian saja. Capaian pelayanan magang tahun 2018 tercapai 66,7% dikarenakan pengiriman peserta magang dari kabupaten/ kota yang akan membuka layanan kesehatan jiwa terbatas.

BAB. I.

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

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

RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat ditetapkan kembali ijin operasionalnya dan penetapan status RS Khusus Jiwa Kelas A pendidikan dengan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK. 02.03/I/0925/2015 tanggal 30 Maret 2015. Dan mendapatkan sertifikat Akreditasi Rumah Sakit versi 2012 dari KARS dengan status "PARIPURNA" pada tanggal 21 Desember 2015 dengan No sertifikat KARS : KARS-SERT/180/XII/2015 dan pada awal Januari 2019 akan melakukan resertifikasi akreditasi KARS dengan SNARS Internasional.

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

Dengan tersusunnya Laporan Tahun 2018 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 business beberapa unit kerja.
5. Dapat dijadikan acuan dalam menetapkan strategi pencapaian sasaran kerja unit pertanggungjawaban dan pengembangan program kerja untuk mewujudkan visi dan misi organisasi.

B. MAKSUD DAN TUJUAN LAPORAN

Maksud penyusunan Laporan Tahun 2018 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 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2018 juga dimaksudkan agar sesuai peraturan perundang-undangan dan disampaikan tepat waktu.

Tujuan penyusunan Laporan ini adalah :

1. Untuk mengetahui capaian kinerja sesuai dengan indikator program yang telah ditetapkan dalam RSB tahun 2015-2019 dan RBA tahun 2018 yang merupakan laporan tahun keempat pelaksanaan pertama RSB, hambatan dan upaya tindak lanjut yang akan diambil untuk menyelesaikan masalah.
2. Untuk mengetahui keberhasilan program yang ditetapkan.
3. Untuk mengetahui pencapaian target, kegagalan program , hambatan untuk segera dilakukan tindak lanjut penyelesaian masalah.
4. Untuk mewujudkan pelayanan prima, kepuasan pelanggan dan keselamatan pasien sesuai visi dan misi organisasi

C. RUANG LINGKUP LAPORAN

Ruang lingkup Laporan Tahun 2018 RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah sebagai berikut :

BAB I : Pendahuluan

Berisi latar belakang, maksud dan tujuan laporan serta ruang lingkup Laporan. Menjelaskan secara singkat tentang organisasi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat secara hukum dan fungsinya disertai tujuan dari penyusunan laporan tahun 2018.

BAB II : Analisis Situasi Awal Tahun

Terdiri dari hambatan tahun lalu yaitu hambatan tahun 2017 yang diperkirakan masih mempengaruhi kinerja tahun 2018. Kelembagaan dalam organisasi, sumber daya yang meliputi data Sumber Daya Manusia/ SDM awal tahun 2018, kondisi sarana dan prasarana serta Alokasi Dana sesuai dengan DIPA tahun 2018.

BAB III : Tujuan dan Sasaran Kerja

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

Indikator dan target unit kerja mengacu :

- 1). Kontrak Indikator Kinerja Utama Tahun 2018
- 2). Kontrak Kinerja Tahun 2018 (IKI dan IKT)
- 3). Indikator Mutu Rumah Sakit.

BAB IV : Strategi Pelaksanaan

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

BAB V : Hasil Kerja:

Pada bab ini menjelaskan tentang:

- A. Pencapaian Target Kinerja dan Pendapatan
 - a) Pencapaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2018
Dijelaskan kinerja tiap KPI dan kinerja program kegiatan yang menunjang KPI tersebut termasuk didalamnya Kinerja unit, didalamnya termasuk Tingkat Kesehatan RS tahun 2018.
 - b) Kontrak Kinerja Tahun 2018 (IKI dan IKT).
 - c) Pencapaian Unit Kerja
 - d) Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit.
- B. Realisasi Anggaran Tahun 2018
Dijelaskan realisasi sesuai dengan Program kegiatan dalam KPI
- C. Upaya Untuk Meraih WTP dan WBK WBMM
- D. Program unggulan

BAB VI : Penutup

- A. Kesimpulan.
Menjelaskan tentang tingkat kesehatan BLU, Capaian IKI dan IKT direktur Utama, capain kinerja Utama dalam RSB serta capaian Indikator Mutu RSJRW. Kinerja Keuangan dalam realisasi Anggaran, Upaya meraih WTP serta program pengembangan dan peningkatan mutu Layanan
- B. Saran dan tindak lanjut
Berisi saran dan harapan yang diperlukan dalam upaya perbaikan yang akan datang.

BAB. II.

ANALISA SITUASI AWAL TAHUN

A. HAMBATAN AWAL TAHUN 2018

Tahun 2018 adalah tahun keempat dari RSB RSJRW tahun 2015 – 2019. Berdasarkan program kerja dalam Rencana Kinerja Tahun 2018 terdapat beberapa program yang perlu diupayakan peningkatan pelaksanaannya melalui beberapa strategi yang telah ditetapkan dalam RBA Tahun 2018.

Permasalahan dan hambatan yang dijumpai, antara lain :

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

- 1) Penataan sistem rujukan berjenjang pasien JKN dan pemetaan rujukan pasien JKD memberikan konsekuensi pada jumlah kunjungan di beberapa klinik rawat jalan terutama Klinik Spelis Non Psikiatri.
- 2) Terhambatnya pemenuhan SDM yang berdampak pada penurunan kualitas kinerja di beberapa unit pelayanan seperti IGD dan Instalasi Farmasi.
- 3) Terdapat investasi peralatan medis yang belum dimanfaatkan karena terkendala proses perijinan.
- 4) Manajemen risiko yang berkaitan dengan perubahan regulasi di lingkungan eksternal belum dapat dilakukan dengan optimal.
- 5) Manajemen pemeliharaan alat medis dan sarana prasarana penunjang pelayanan belum dapat dilakukan secara optimal.
- 6) Kurang optimalnya inovasi dan pengembangan layanan tambahan terutama yang berbasis kualitas dan produktifitas.
- 7) Kurang optimalnya pencapaian program psikogeriatri sebagai unit unggulan di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Kendala terutama berkaitan dengan dukungan kompetensi SDM, sarana prasarana dan promosi (pemasaran).

2. Direktorat Sumber Daya Manusia dan Pendidikan

Berdasarkan program kerja Direktorat Sumber Daya Manusia tahun 2018 terdapat beberapa program yang perlu diupayakan peningkatan pelaksanaannya, melalui beberapa strategi yang telah ditetapkan dalam RBA, namun dalam pelaksanaannya berbagai permasalahan dan hambatan yang dijumpai pada awal tahun 2018 adalah sebagai :

- 1) Pengembangan pelayanan di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang

dan SDM yang memasuki masa pensiun berdampak pada kekurangan SDM di beberapa unit kerja, sementara kebijakan pemerintah yang menetapkan moratorium belum dicabut, sehingga formasi CPNS tahun 2018 tidak ada.

- 2) Aplikasi sistem administrasi kepegawaian dari pusat sering terjadi gangguan, sehingga proses online data kepegawaian sering terganggu.
- 3) Implementasi dan evaluasi budaya kerja di RSJRW kurang optimal
- 4) Kondisi alokasi anggaran belanja pegawai RSJRW yang masih terbatas untuk memenuhi pemberian remunerasi pegawai sesuai dengan nilai yang ditetapkan pada tunjangan kinerja (tukin), karena pendapatan rumah sakit yang masih rendah.
- 5) Adanya regulasi baru terkait dengan persyaratan lulus uji kompetensi untuk kenaikan jabatan fungsional pegawai.
- 6) Sarana prasarana akomodasi mahasiswa praktek banyak yang memerlukan penambahan dan perbaikan sehingga berdampak pada hasil survey kepuasan pelanggan yang menurun dibanding tahun lalu (meskipun capaian masih diatas target)
- 7) Zoning asrama sudah mulai berproses namun masih memerlukan koordinasi lebih lanjut secara internal lintas Direktorat, sehingga kondisi yang ada saat ini adalah asrama masih terpisah-pisah. Zoning asrama diharapkan dapat membantu proses pembelajaran.
- 8) Pegawai yang mengalami permasalahan dalam penerbitan ijin belajar dan tugas belajar masih memerlukan koordinasi intensif dengan Ditjen Yankes, Biro Kepegawaian dan PPSDM Kementerian Kesehatan RI, sehingga berdampak pada data existing SDM dengan jabatan tertentu serta administrasi kepegawaian yang bersangkutan
- 9) Masih belum adanya pegawai yang memiliki jabatan fungsional dokdiknis dikarenakan kesulitan pemenuhan angka kredit, berdampak pada Rumah Sakit sebagai Rumah Sakit Pendidikan
- 10) Kurangnya minat pegawai untuk melakukan penelitian
- 11) Banyaknya minat peneliti dari luar belum diimbangi dengan adanya tim laik etik penelitian
- 12) Sarana labskill masih kurang memadai
- 13) Pengembangan sarana museum terbatas oleh lahan yang ditempati saat ini sehingga berpengaruh terhadap daya tarik sebagai destinasi wisata

- 14) Terbatasnya jumlah SDM di Museum Kesehatan Jiwa serta adanya SDM yang akan memasuki batas usia pensiun juga berpengaruh terhadap pengembangan serta kaderisasi SDM di Museum Kesehatan Jiwa

3. Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

a. Permasalahan dan hambatan Sarana Prasarana dan Alkes

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

b. Permasalahan Keuangan

- 1) Terbatasnya anggaran untuk pengembangan pelayanan sehingga kegiatan tidak bisa dilakukan secara optimal.
- 2) Masih adanya usulan pengadaan barang dan modal yang tidak sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran berjalan.
- 3) Adanya keterlambatan proses revisi anggaran sehingga menghambat pelaksanaan pembayaran kepada pihak ke tiga, karena revisi menggunakan single sistem

- 4) Sumber dana investasi dari pendapatan BLU belum cukup untuk memenuhi kebutuhan pengembangan Rumah Sakit.
- 5) Target yang telah ditetapkan dalam RBA tidak seluruhnya dapat tercapai, hal ini antara lain disebabkan karena penetapan target kurang realistis.
- 6) Pemenuhan sarana prasarana peralatan kesehatan dan rumah tangga belum mengacu pada standart sarana prasarana di rumah sakit.
- 7) Adanya bangunan yang sudah lama/tua dan rusak membutuhkan biaya pemeliharaan dan rehabilitasi yang sangat besar, sedangkan alternatif pembiayaan sangat terbatas maka perlu diprioritaskan rehabilitasi bangunan sesuai peruntukannya terutama untuk pengembangan pelayanan medik maupun keperawatan.
- 8) Penambahan fasilitas untuk pelayanan unggulan psikogeriatri dan pelayanan penunjang kesehatan jiwa membutuhkan biaya besar maka perlu diprioritaskan pengadaan sesuai peruntukannya terutama untuk pengembangan pelayanan medik maupun keperawatan yang benar-benar dibutuhkan oleh pelanggan.
- 9) Proses penghapusan barang dan gedung birokrasinya panjang sehingga memperlambat kegiatan pengembangan selanjutnya.
- 10) Proses perijinan masih mengalami kendala dalam koordinasi dengan dinas perijinan setempat.
- 11) Perbedaan pedoman RSB dengan RBA menyulitkan untuk sinkronisasi Program dan Kegiatan Unit dan juga untuk keperluan pembuatan Pelaporan LAKIP/ LAPTAAH Rumah Sakit.
- 12) Perlunya penyempurnaan aplikasi persediaan dan terintegrasinya aplikasi persediaan obat sebagai data dukung untuk Laporan Keuangan

B. KELEMBAGAAN

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

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

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

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

Struktur Organisasi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Nomor: SK Menkes 254/Menkes/Per/III/2008 pada Maret 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dipimpin oleh satu orang Direktur Utama, dibantu oleh tiga orang Direktur, yaitu: Direktur Medik dan Keperawatan, Direktur SDM dan Pendidikan serta Direktur Keuangan dan Administrasi Umum. Adapun susunannya adalah sebagai berikut:

Direktur Utama	: dr. Siti Khalimah, Sp KJ MARS.
Direktur Medik dan Keperawatan	: dr. Yuniar, Sp. KJ
Direktur SDM dan Pendidikan	: dr. dr. Budhimuljono Adhiwirawan, M Kes
Direktur Keuangan dan Administrasi Umum	: NS Hidayati Rini, SE. MMRS. Ak

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

C SUMBER DAYA

a. Sumber Daya Manusia

Keadaan Sumber Daya Manusia digambarkan berdasarkan Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang ditetapkan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.254/Permenkes /III/2008 yang telah mengalami beberapa perkembangan organisasi sesuai kebutuhan dan peraturan yang berlaku. Gambaran selengkapnya keadaan ketenagaan pada awal tahun 2018 dapat digambarkan sebagai berikut :

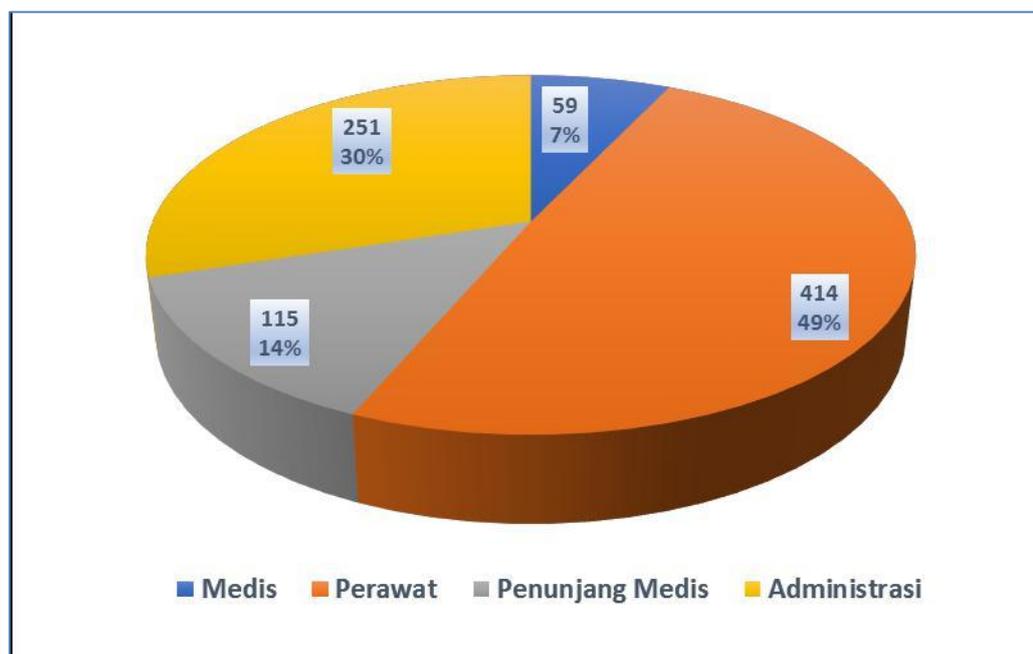
Keadaan Ketenagaan per 1 Januari 2018

NO	URAIAN	TAHUN 2018
A	MENURUT JABATAN	
	1 STRUKTURAL	
	Eselon I	0
	Eselon II	1
	Eselon III a	3
	Eselon III b	4
	Eselon IV	13
	2 FUNGSIONAL	510
	3 STAFF	161
	JUMLAH	693
	NON PNS	146
	JUMLAH	839
B	MENURUT GOLONGAN	
	Golongan IV	80
	Golongan III	489
	Golongan II	123
	Golongan I	1
	JUMLAH	693
	NON PNS	146
	JUMLAH	839
C	MENURUT PENDIDIKAN	
	S3	0
	S2	40
	S1	224
	D.IV	36
	D.III	344
	Akademi	
	D.I	5
	SLTA	186
	SLTP	3
	SD	1
	JUMLAH PNS	693
	NON PNS	146
	JUMLAH	839

Data pegawai Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat
Lawang Periode 1 Januari 2018

NO.	JENIS TENAGA	PERIODE 1 JANUARI 2018		
		PNS	NON PNS/ KONTRAK	JUMLAH
1.	Medis	51	8	59
2.	Perawat	354	60	414
3.	Penunjang Medis	100	15	115
4.	Administrasi	188	63	251
Jumlah		693	146	839

Data Pegawai RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat
Lawang Periode 1 Januari 2018



b. Sarana dan Prasarana

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

Laporan Posisi Barang Milik Negara
(Menurut SIMAK BMN – Semester 1 tahun 2018)

AKUN NERACA/KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 1 JANUARI 2018		MUTASI				SALDO PER 30 JUNI 2018	
					BERTAMBAH		BERKURAN G			
KODE	URAIAN		KUANTIT AS	NILAI	KUA NTIT AS	NILAI	KUA NTIT AS	NILAI	KUANTIT AS	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
131111	TANAH		2.993.440	81.293.100.000	-	-	-	-	2.993.440	81.293.100.000
2.01.01	TANAH PERSIL	M2	425.650	29.795.500.000	-	-	-	-	425.650	29.795.500.000
2.01.02	TANAH NON PERSIL		2.567.790	51.497.600.000	-	-	-	-	2.567.790	51.497.600.000
132111	PERALATAN DAN MESIN		13.776	84.858.338.412	36	273.551.193	-	-	13.812	85.131.889.605
3.01.03	ALAT BANTU		41	2.644.948.420	-	-	-	-	41	2.644.948.420
3.02.02	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	Unit	41	5.648.912.875	-	-	-	-	41	5.648.912.875
3.02.02	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	Unit	64	256.537.055	-	-	-	-	64	256.537.055
3.03.01	ALAT BENGKEL BERMESIN	Buah	70	157.012.125	-	-	-	-	70	157.012.125
3.03.02	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	Buah	49	101.153.845	-	-	-	-	49	101.153.845
3.03.03	ALAT UKUR	Buah	72	143.352.430	-	-	-	-	72	143.352.430
3.04.01	ALAT PENGOLAHAN	Buah	10	536.773.000	-	-	-	-	10	536.773.000
3.05.01	ALAT KANTOR		2.008	6.199.203.045	1	6.333.222	-	-	2.009	6.205.536.267
3.05.01	ALAT RUMAH TANGGA		7.919	18.930.287.764	4	21.318.000	-	-	7.923	18.951.605.764
3.06.01	ALAT STUDIO	Buah	419	1.278.695.532	-	-	-	-	419	1.278.695.532
3.06.02	ALAT KOMUNIKASI	Buah	60	609.722.950	-	-	-	-	60	609.722.950
3.06.03	PERALATAN PEMANCAR	Buah	11	1.306.386.250	-	-	-	-	11	1.306.386.250

3.07.01	ALAT KEDOKTERAN		1.296	31.045.977.870	-	-	-	-	1.296	31.045.977.870
3.07.02	ALAT KESEHATAN UMUM		160	2.380.004.044	-	-	-	-	160	2.380.004.044
3.08.01	UNIT ALAT LABORATORIUM	Buah	358	4.830.069.254	-	-	-	-	358	4.830.069.254
3.08.02	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	Buah	21	70.315.000	-	-	-	-	21	70.315.000
3.08.03	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	Buah	23	32.100.000	-	-	-	-	23	32.100.000
3.08.04	ALAT PROTEKSI RADIASI/PROTEKSI LINGKUNGAN	Buah	1	20.319.200	-	-	-	-	1	20.319.200
3.08.05	RADIATION APPLICATION & NON DESTRUCTIVE TESTING LABORATORY	Buah	3	13.420.000	-	-	-	-	3	13.420.000
3.08.06	ALAT LABORATORIUM LINGKUNGAN HIDUP		8	1.286.054.000	-	-	-	-	8	1.286.054.000
3.08.07	PERALATAN LABORATORIUM HYDRODINAMICA	Buah	2	15.109.760	-	-	-	-	2	15.109.760
3.08.08	ALAT LABORATORIUM STANDARISASI KALIBRASI & INSTRUMENTASI	Buah	14	1.508.208.736	-	-	-	-	14	1.508.208.736
3.10.01	KOMPUTER UNIT	Buah	402	3.548.195.396	30	239.999.971	-	-	432	3.788.195.367
3.10.02	PERALATAN KOMPUTER		446	1.402.029.223	-	-	-	-	446	1.402.029.223
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	-	-	-	-	40	57.200.000
3.19.01	PERALATAN OLAH RAGA	Buah	150	480.075.738	1	5.900.000	-	-	151	485.975.738
133111	GEDUNG DAN BANGUNAN		175	79.136.715.406	1	39.477.308	-	-	176	79.176.192.714

4.01.01	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT KERJA	Unit	133	72.561.969.594	1	39.477.308	-	-	134	72.601.446.902
4.01.02	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT TINGGAL	Unit	34	3.145.982.124	-	-	-	-	34	3.145.982.124
4.04.01	TUGU/TANDA BATAS	Unit	8	3.428.763.688	-	-	-	-	8	3.428.763.688
134111	JALAN DAN JEMBATAN		1.715	3.042.790.508	-	-	-	-	1.715	3.042.790.508
5.01.01	JALAN	M2	1.490	2.727.568.508	-	-	-	-	1.490	2.727.568.508
5.01.02	JEMBATAN	M2	225	315.222.000	-	-	-	-	225	315.222.000
134112	IRIGASI		6	1.852.198.030	-	-	-	-	6	1.852.198.030
5.02.02	BANGUNAN PENGAIRAN PASANG SURUT	Unit	2	1.560.630.650	-	-	-	-	2	1.560.630.650
5.02.05	BANGUNAN PENGEMBANGAN SUMBER AIR DAN AIR TANAH		2	59.809.598	-	-	-	-	2	59.809.598
5.02.06	BANGUNAN AIR BERSIH/AIR BAKU	Unit	2	231.757.782	-	-	-	-	2	231.757.782
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		49	329.109.000	900	57.188.000	-	-	949	386.297.000
6.01.01	BAHAN PERPUSTAKAAN TERCETAK	Buah	1	8.125.000	900	57.188.000	-	-	901	65.313.000
6.02.01	BARANG BERCORAK KESENIAN		47	30.349.000	-	-	-	-	47	30.349.000
6.02.02	ALAT BERCORAK KEBUDAYAAN	Buah	1	290.635.000	-	-	-	-	1	290.635.000
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			253.545.774.322	370.216.501			-		253.915.990.823

Laporan Posisi Barang Milik Negara di Neraca Tahun 2018
(Menurut SABMN - Per tanggal 30 Juni 2018)

a	BMN INTRAKOMTABEL		
	Posisi Awal (01 Januari 2018)	: Rp	253.545.774.322
	Penambahan	: Rp	370.216.501
	Pengurangan	: Rp	-
	Posisi Akhir (30 Juni 2018)	: Rp	253.915.990.823
b	BMN EKSTRA KOMTABEL		
	Posisi Awal (01 Januari 2018)	: Rp	142.121.798
	Penambahan	: Rp	33.750.000
	Pengurangan	: Rp	39.477.308
	Posisi Akhir (30 Juni 2018)	: Rp	136.394.490
c	BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA		
	Posisi Awal (01 Januari 2018)	: Rp	253.687.896.120
	Penambahan	: Rp	403.966.501
	Pengurangan	: Rp	39.477.308
	Posisi Akhir (30 Juni 2018)	: Rp	254.052.385.313
d	BMN ASET TAK BERWUJUD		
	Posisi Awal (01 Januari 2018)	: Rp	233.809.000
	Penambahan	: Rp	-
	Pengurangan	: Rp	-
	Posisi Akhir (30 Juni 2018)	: Rp	233.809.000
e	KONSTRUKSI DALAM Pengerjaan		
	Posisi Awal (01 Januari 2018)	: Rp	442.857.000
	Penambahan	: Rp	-
	Pengurangan	: Rp	-
	Posisi Akhir (30 Juni 2018)	: Rp	442.857.000
f	PERSEDIAAN		
	Posisi Awal (01 Januari 2018)	: Rp	2.573.135.715

Mutasi : Rp 853.666.712
Posisi Akhir (30 Juni 2018) : Rp 3.426.802.427

Laporan Posisi Barang Milik Negara di Neraca Tahun 2018
(Menurut SIMAK BMN - Per tanggal 30 Juni 2018)

Akun Neraca		Jumlah
Kode	Uraian	
115111	Barang Konsumsi	633.800.705
115113	Bahan untuk pemeliharaan	215.990.736
117131	Bahan Baku	49.985.750
115191	Persediaan untuk tujuan strategis/ berjaga – jaga	-
117199	Persediaan Lainnya	2.528.025.236
131111	Tanah	81.293.100.000
131311	Peralatan dan Mesin	85.131.889.605
131511	Gedung dan Bangunan	79.176.192.714
131711	Jalan dan Jembatan	3.042.790.508
131712	Irigasi	1.852.198.030
131713	Jaringan	3.023.320.966
131921	Aset tetap lainnya	386.297.000
136111	Konstruksi Dalam Pengerjaan	442.857.000
162151	Software	233.809.000
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	10.202.000
JUMLAH		258.019.459.250

c. Dana

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

Alokasi Anggaran APBN (RM Dan BLU) sesuai dengan DIPA untuk kegiatan Tahun 2018 adalah sebagai berikut :

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR	REALISASI	%	SALDO
1	2	REVISI - I	4	5	6
RM					
024.04.07	Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan				
2094	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan				
2094.506	Gedung Layanan	9.689.417.000	-	0,00%	9.689.417.000
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	9.689.417.000	-	0,00%	9.689.417.000
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	9.689.417.000	-	0,00%	9.689.417.000
2094.508	Alat Kesehatan	7.013.300.000	-	0,00%	7.013.300.000
051	Pengadaan Alat Kesehatan	7.013.300.000	-	0,00%	7.013.300.000
532111	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	7.013.300.000	-	0,00%	7.013.300.000
2094.994	Layanan Perkantoran	64.982.044.000	29.181.669.256	44,91%	35.800.374.744
001	Gaji dan Tunjangan	48.321.182.000	22.942.614.499	47,48%	25.378.567.501
A	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	48.321.182.000	22.942.614.499	47,48%	25.378.567.501
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	33.187.496.000	16.086.053.420	48,47%	17.101.442.580
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	521.000	221.017	42,42%	299.983
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.315.754.000	1.128.849.442	48,75%	1.186.904.558
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	637.981.000	312.650.120	49,01%	325.330.880
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	256.737.000	117.705.000	45,85%	139.032.000
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.300.007.000	1.672.407.000	50,68%	1.627.600.000
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	292.231.000	28.058.300	9,60%	264.172.700
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.800.203.000	804.586.200	44,69%	995.616.800
511129	Belanja Uang Makan PNS	5.665.276.000	2.459.365.000	43,43%	3.205.911.000
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	74.395.000	34.500.000	46,37%	39.895.000
511147	Belanja Tunjangan Lain-lain termasuk uang duka PNS Dalam	-	-	-	-
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	501.701.000	192.385.000	38,35%	309.316.000
511511	Belanja Gaji Pokok Pegawai Non PNS	-	-	-	-
512211	Belanja uang lembur	290.880.000	105.834.000	36,38%	185.046.000
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	16.660.862.000	6.239.054.757	37,45%	10.421.807.243
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	4.103.685.000	1.589.646.496	38,74%	2.514.038.504
521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1.393.794.000	463.326.350	33,24%	930.467.650
521114	Belanja pengiriman surat dinas pos pusat	28.998.000	6.119.621	21,10%	22.878.379
521115	Honor Operasional Satuan Kerja	628.800.000	118.500.000	18,85%	510.300.000
521119	Belanja Barang Operasional Lainnya	3.699.395.000	1.434.496.309	38,78%	2.264.898.691
521219	Belanja Barang Non Operasional Lainnya	428.215.000	426.124.600	99,51%	2.090.400
521811	Belanja Barang Untuk Persediaan Barang Konsumsi	537.719.000	307.731.788	57,23%	229.987.212
522111	Belanja Langganan Listrik	1.056.000.000	494.781.503	46,85%	561.218.497
522112	Belanja Langganan Telepon	82.800.000	23.201.668	28,02%	59.598.332
522113	Belanja Langganan Air	39.000.000	14.877.800	38,15%	24.122.200
522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	208.908.000	76.240.042	36,49%	132.667.958
523111	Belanja Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	2.641.450.000	1.011.704.643	38,30%	1.629.745.357
523121	Belanja Biaya Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	858.298.000	235.792.187	27,47%	622.505.813
523133	Belanja Biaya Pemeliharaan Jaringan	953.800.000	36.511.750	3,83%	917.288.250
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	5.763.384.000	2.165.596.275	37,58%	3.597.787.725
005	Dukungan Penyelenggaraan Layanan Operasional RS	5.763.384.000	2.165.596.275	37,58%	3.597.787.725
521112	Belanja Pengadaan Bahan Makanan	5.763.384.000	2.165.596.275	37,58%	3.597.787.725
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	3.961.921.000	3.477.475.281	87,77%	484.445.719
005	Pengadaan Obat-Obatan dan Bahan Medik Habis Pakai	3.961.921.000	3.477.475.281	87,77%	484.445.719
521119	Belanja Barang Operasional	3.961.921.000	3.477.475.281	87,77%	484.445.719
521119-Frm	Belanja Barang Operasional	3.961.921.000	3.477.475.281	87,77%	484.445.719
	Jumlah	91.410.066.000	34.824.740.812	38,10%	56.585.325.188

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - II	REALISASI	%	SALDO
1	2	3	3	3	3
BLU					
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	4.066.208.000	307.301.193	7,56%	3.758.906.807
051	Pengadaan Kendaraan Bermotor	38.000.000	-	0,00%	38.000.000
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	38.000.000	-	0,00%	38.000.000
052	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Komunikasi	391.706.000	-	0,00%	391.706.000
537115	Belanja Modal dan Fisik Lainnya	391.706.000	-	0,00%	391.706.000
053	Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	2.648.652.000	307.301.193	11,60%	2.341.350.807
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	2.648.652.000	307.301.193	11,60%	2.341.350.807
054	Pembangunan dan Renovasi Gedung dan Bangunan	987.850.000	-	0,00%	987.850.000
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	987.850.000	-	0,00%	987.850.000
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	50.416.892.000	17.471.403.414	34,65%	32.945.488.586
051	Pembayaran Remunerasi	30.510.536.000	12.582.343.823	41,24%	17.928.192.177
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	30.510.536.000	12.582.343.823	41,24%	17.928.192.177
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	19.906.356.000	4.889.059.591	24,56%	15.017.296.409
525112	Belanja Barang	10.877.156.000	2.503.371.963	23,01%	8.373.784.037
525113	Belanja Jasa	1.085.396.000	467.570.775	43,08%	617.825.225
525114	Belanja Pemeliharaan	4.012.441.000	494.060.750	12,31%	3.518.380.250
525115	Belanja Perjalanan	344.328.000	170.583.302	49,54%	173.744.698
525119	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	3.587.035.000	1.253.472.801	34,94%	2.333.562.199
		54.483.100.000	17.778.704.607	32,63%	36.704.395.393
		145.893.166.000	52.603.445.419	36,06%	93.289.720.581

BAB. III.

TUJUAN DAN SASARAN KINERJA

A. DASAR HUKUM

Dasar Hukum Penyusunan Laporan Tahun 2018, meliputi :

- 1) Peraturan Presiden RI Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara. Pasal 89 (Setiap pimpinan satuan organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dan bertanggung jawab kepada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya).
- 2) Peraturan Menteri Keuangan Nomor 76/PMK.05/2008 Tentang Pedoman Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum
- 3) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasidan Tata Kerja Kementerian Kesehatan Pasal 996 (Setiap Kepala Satuan Organisasi wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk serta bertanggung jawab kepada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan berkala tepat pada waktunya).
- 4) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1981/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Akuntansi Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit
- 5) Peraturan Menteri Keuangan No. 249/PMK.02/2011 Tentang Pengukuran dan Evaluasi Kinerja Atas Pelaksanaan Rencana Kerja dan Anggaran Kementerian Negara/Lembaga. uran Menteri Kesehatan No. 4 Tahun 2013 Tentang Pedoman Penyusunan RBA BLU di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan
- 6) Peraturan Direktorat Jenderal Perbendaharaan No. 24/PB/2018 tentang Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.
- 7) Peraturan Direktorat Jenderal Perbendaharaan No. 5/PB/2017 tentang Pedoman Penyusunan Kontrak Kinerja dan Penetapan Persetujuan Capaian Kinerja Pemimpin Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.
- 8) Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor : HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian lindikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama RSU/RS Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Dirjen Yankes Kementerian Kesehatan RI.
- 9) Keputusan Direktur PPK BLU Nomor S-2146/PB.5/2018 tanggal 5 maret 2018 tentang Definisi Operasional Indikator Kinerja Terpilih Tahun anggaran 2018 Rumah sakit umum dan khusus
- 10) Penetapan Kinerja RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2018 dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dan Dirjen

Perbendaharaan Kementerian Keuangan No. PRJ-30/PB/2018 pada tanggal 17 Januari 2018.

- 11) Rencana Strategi Bisnis RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2015 – 2019 dan Rencana Bisnis Anggaran RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2018.

B. TUJUAN DAN SASARAN KINERJA

Tujuan Rumah Sakit

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

- 1) Terwujudnya peningkatan volume pelayanan kesehatan jiwa rawat jalan, rawat inap dan pelayanan penunjang serta peningkatan kunjungan pasien usia lanjut.
- 2) Tercapainya pelayanan melalui pendekatan multisektoral, multidisiplin, komprehensif dan holistik untuk mewujudkan pelayanan prima yang berorientasi pada keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan.
- 3) Terwujudnya pelayanan dengan model clinical pathways dan praktek keperawatan profesional (MPKP), dengan pemanfaatan sarana prasarana pelayanan berbasis teknologi informasi untuk menjadi rumah sakit jiwa yang maju dan modern.
- 4) Terwujudnya penanggulangan masalah psikososial di masyarakat dengan pelaksanaan promosi Keswa secara lebih intensif, kreatif, inovatif melalui penguatan jejaring pelayanan keswa.
- 5) Terwujudnya kecukupan rasio ketenagaan berdasarkan Analisis Beban Kerja
- 6) Tercapainya pengembangan kualitas SDM yang profesional berlandaskan moral, etika dan hukum melalui pendidikan, pelatihan dan penelitian berkelanjutan untuk memenuhi standar RS pendidikan dan Standar pelayanan RS kelas dunia.
- 7) Tercapainya peningkatan kesejahteraan pegawai sesuai dengan tingkat pertumbuhan organisasi melalui penerapan sistem remunerasi
- 8) Terwujudnya sistem manajemen keuangan dan pengelolaan sumber daya secara efisien, transparan, akuntabel melalui penerapan sistem akuntansi menuju predikat yang Wajar Tanpa Pengecualian (WTP)
- 9) Optimalisasi pemanfaatan aset sesuai ketentuan yang berlaku untuk meningkatkan pendapatan operasional.

Sasaran Rumah Sakit

Berdasarkan tujuan tersebut disusun sasaran, yaitu:

1. Tercapainya peningkatan jumlah kunjungan dan asuhan keperawatan pasien rawat jalan jiwa.
2. Tercapainya peningkatan jumlah kunjungan dan asuhan keperawatan pasien rawat jalan umum.
3. Tercapainya peningkatan jumlah kegiatan layanan penunjang.
4. Tercapainya peningkatan jumlah kunjungan dan asuhan keperawatan pasien IGD.
5. Tercapainya indikator pelayanan rawat inap sesuai standar ideal (BOR, AvLOS, dll), askep, TAK, visite dan bimbingan ADL.
6. Tersusunnya *clinical pathway* jiwa.
7. Tercapainya peningkatan jumlah kegiatan layanan penunjang rawat inap.
8. Tercapainya pemulihan dan resosialisasi pasien.
9. Terealisasinya kerja sama lintas sektor dengan Dinas Sosial dan masyarakat.
10. Terkendalinya kualitas pelayanan sesuai standar akreditasi RS, ISO 9001: 2008 dan standar kelas dunia.
11. Tercapaiannya kualitas pelayanan sesuai SPM (standar pelayanan minimal) Instalasi di lingkup Direktorat Medik dan Keperawatan.
12. Meningkatnya jumlah cakupan kegiatan promosi kesehatan jiwa masyarakat
13. Meningkatnya pemahaman kesehatan jiwa masyarakat tentang masalah psikososial.
14. Meningkatnya kegiatan pembinaan keswa ke unit terkait untuk pelayanan integrasi.
15. Tercapainya pengembangan penyebaran informasi (publikasi) dan media promosi kesehatan jiwa.
16. Tercapaiannya pengembangan program kesehatan jiwa masyarakat (*Community Mental Health Program*).
17. Tercukupinya 90% ratio tenaga sesuai dengan analisis beban kerja.
18. Terealisasinya sistem remunerasi yang berbasis kinerja.
19. Terlaksananya penerapan *reward* dan *punishment* sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
20. Kesejahteraan karyawan meningkat sesuai dengan pertumbuhan organisasi.
21. Terealisasinya akreditasi Paripurna RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
22. Tercapainya pengembangan SDM sesuai dengan program pengembangan RS.
23. Tercapainya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.
24. Tercapainya Penilaian Tingkat Kesehatan rumah sakit kategori sehat.
25. Terintegrasinya SIM RS.

26. Terealisasinya pengelolaan anggaran sesuai dengan perencanaan yang mengacu pada ketentuan pengelolaan keuangan.
27. Terlaksananya administrasi ketata usahaan dan pelaporan, kerumahtangaan dan perlengkapan serta hukum, organisasi dan humas.
28. Tercapainya kinerja pelayanan pada seluruh Instalasi Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum.

C. PENETAPAN INDIKATOR KINERJA

1). Kontrak Indikator Kinerja Utama Tahun 2018

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

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET
Perspektif Stakeholder				
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kesehatan RS BLU	Sehat AA
		2	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	80 %
		3	Tingkat Kepuasan Pegawai	80 %
		4	Tingkat Kepuasan Peserta Didik	80 %
		5	Prosentase Komplain yang Ditindaklanjuti	100 %
Perspektif Proses Bisnis				
2	Terwujudnya Pelayanan yang Berkualitas.	6	Terakreditasi Nasional Paripurna	Re Akreditasi SNARS
3	Terwujudnya Inovasi pelayanan berbasis RS dan komunitas	7	Jumlah pengembangan jenis layanan psikogeriatri berbasis RS	4
		8	Jumlah Pengembangan Jenis Layanan Psikogeriatri Berbasis Komunitas	3
4	Terwujudnya Pengembangan Kerjasama dengan Institusi Jejaring dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	9	Jumlah Institusi Jejaring Pelayanan Psikogeriatri	1
		10	Jumlah Institusi Jejaring Pendidikan Psikogeriatri	1
		11	Jumlah Institusi Jejaring Penelitian Psikogeriatri	1
		12	Pemberdayaan Layanan PPK Primer dan Sekunder	12

		13	Terealisasinya Kerjasama dengan Sister Hospital LN dan DN	1
		14	Prosentase Supervisi yang Dilakukan oleh Jejaring Pendidikan	60 %
5	Terwujudnya Bisnis Proses Internal yang Efektif	15	Prosentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU	100 %
Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi				
6	Terwujudnya budaya kinerja yang berkomitmen pelayanan prima	16	Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja	85%
7	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	17	Prosentase Pegawai yang Memenuhi Standar Kompetensi	70%
8	Terwujudnya kehandalan aset untuk psikogeriatri	18	OEE (overall equipment effectiveness)	70%
9	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	19	Level integrasi IT rumah sakit	Siloed-2
Perspektif Financial				
10	Terwujudnya Efisiensi biaya	20	POBO	> 45%
11	Tercapainya peningkatan pendapatan RS	21	Tingkat pertumbuhan pendapatan	5%

Penetapan target Tingkat Kesehatan Tahun 2018.

ASPEK KEUANGAN

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Satuan	Haper	Nilai Riil
1	Rasio Keuangan				
	a. Rasio Kas (Cash Ratio)	2,25	persen	10.007,53	0.5
	b. Rasio Lancar (Current Ratio)	2,75	persen	20.171,70	2.75
	c. Periode Penagihan Piutang (Collection Periode)	2,25	hari	55,21	1.25
	d. Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2,25	persen	8,00	0.75
	e. Imbalan atas Aktiva Tetap (Return of Fixed Asset)	2,25	persen	1,72	1
	f. Imbalan Ekuitas (Return on Enquity)	2,25	persen	1,82	0.85
	g. Perputaran Persediaan (Inventory Turn over)	2,25	hari	12,48	0.75
	i. Rasio POBO	2,75	persen	46,59	2.75
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU				
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif				
	- Ditandatangani sebelum tgl 31 Desember tahun sebelumnya	0,4		Ditandatangani sebelum tanggal 31 Des 2017	0,4
	- Ditandatangani oleh pemimpin BLU	0,4		Sesuai	0,4

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

	Jumlah Skor Aspek Keuangan	30			21.6
--	----------------------------	----	--	--	------

ASPEK PELAYANAN

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor		Haper	Nilai Riil
1	Layanan				
	a. Pertumbuhan produktifitas				
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	2	kali	1,12	2
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	2	kali	0,95	1,25
	3) Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	2	kali	0,98	1,25
	4) Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	2	kali	0,95	1,25
	5) Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2	kali	1,15	2
	6) Pertumbuhan psikoterapi/ECT	2	kali	1,91	2
	7) Pertumbuhan rehab medik	2	kali	0,85	0,5
	8) Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	2	kali	1,11	2
	9) Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	2	kali	2	2
	b. Efektifitas Pelayanan				
	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	persen	96,06%	2
	2) Pengembalian rekam medik	2	persen	99,35%	2
	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	persen	2,23%	2
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	persen	0%	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	persen	97,16%	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	persen	4,31%	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	persen	74,93%	2
	c. Pertumbuhan Pembelajaran				
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1	jam	208%,6%	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	persen	0%	0
	3) Program reward and punishment	1		ada program dilaksanakan	1
2	Mutu dan manfaat kepada masyarakat				
	a. Mutu Pelayanan				
	1) Emergency Response Time Rate	2	menit	1 menit 39 detik	2
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	menit	78 menit 36 detik	1
	3) Length of stay	2	hari	46,41 hari	1,5

4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	menit	26 menit 5 detik	1
5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	hari	6 menit 29 detik	2
6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	jam	48 menit 3 detik	2
7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	jam	1 jam 30 menit	2
b. Mutu Klinik				
1) Angka kematian di gawat darurat	2	persen	0%	2
2) Angka kematian/kebutaan \geq 48 jam	2	persen	0,3%	2
3) Post Operative Death Rate (ECT)	2	persen	0%	2
4) Angka infeksi nosokomial				
- luka fiksasi	1	persen	0,1%	1
- dermatomikosis	1	persen	0,2%	1
- scabies dan pedikulosis	1	persen	0,1%	1
- postural hipotensi	1	persen	0%	1
5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	persen	0%	2
c. Kepedulian kepada masyarakat				
1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	1		ada program dilaksanakan semua	1
2) Penyuluhan Kesehatan	1		ada program dilaksanakan semua	1
3) Rasio tempat tidur kelas III	2	persen	95,37%	2
d. Kepuasan Pelanggan				
1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	persen	100%	1
2) Kepuasan Pelanggan	1	persen	82,22%	0,82
e. Kepedulian terhadap lingkungan				
1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2		9525	2
2) Proper lingkungan	1		hitam	2
Jumlah skor aspek pelayanan	70			59,02
Jumlah Total	100			84,12
Kriteria				BAIK AA

2). Kontrak Kinerja Tahun 2018 (IKI dan IKT)

Kontrak IKI Direktur Utama Tahun 2018 sebagai berikut :

A. AREA KLINIS		Indikator	Target Tahun 2018				Nilai Standart
No	Kategori Indikator		Tw1	Tw2	Tw3	Tw4	
1	Kepatuhan dalam pelaksanaan standard pelayanan	Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)	100%	100%	100%	100%	100%
2		Prosentase kejadian pasien jatuh	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 3%
3		Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/ UPIP	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1%	≤ 1,5%
4		Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 80%
5	Pengendalian Infeksi di RS	Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) / Phlebitis	≤ 5 ‰	≤ 5 ‰	≤ 5 ‰	≤ 5 ‰	≤ 5 ‰
6	Angka Kematian	Nett Death Rate (NDR)	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 1 ‰	< 24 ‰
7	Capaian Indikator Medik	Tidak ada Pasien yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa rawat 24 jam di UPIP	≥ 85%	≥ 90%	≥ 95%	≥ 95%	≥ 95%
8	Keselamatan Pasien	Tidak ada Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	100%	100%	100%	100%	100%
9	Keselamatan Pasien	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	100%	100%	100%	100%
AREA MANAGERIAL							
10	Utilisasi	Bed Occupancy Rate (BOR)	74 %	75 %	76%	77%	70-80%
11	Kepuasan Pelanggan	Kecepatan Respon Terhadap Komplain / KRK	100%	100%	100%	100%	100%
12	Ketepatan waktu pelayanan	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT) ≤ 75 menit	≤ 75 menit	≤ 70 menit	≤ 65 menit	≤ 60 menit	≤ 75 menit
13		Waktu Tunggu Rawat Jalan/ WTRJ	≤ 50 menit	≤ 45 menit	≤ 40 menit	≤ 40 menit	≤ 60 menit
14		Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi/ WTPR	≤ 4 jam	≤ 4 jam	≤ 4 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam
15		Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium / WTPL	≤ 1,5 jam	≤ 1,5 jam	≤ 1,5 jam	≤ 1,5 jam	≤ 2 jam
16		Waktu Tunggu Obat Jadi/ WTOJ	< 20 menit	< 18 menit	< 16 menit	< 15 menit	< 30 menit
17		Pengembalian RM dlm 1x24 jam/ PRM	≥ 90 %	≥ 90 %	≥ 95 %	≥ 95 %	≥ 80 %
18	Keuangan	Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional/ P B	52 %	53 %	55 %	57 %	50 < PB ≤ 57

Kontrak IKT Direktur Utama tahun 2018

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target 2018			
			Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV
1.	Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	80%	90%	90%	90%	90%
2.	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU <i>Integrated Online System</i> /BIOS)	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	80%	80%	80%	80%
4.	Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan (Online/SMS)	10%	10%	10%	10%	10%
5.	Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	100%	100%	100%	100%	100%
6.	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	55%	50%	50%	50%

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

1) Penetapan Indikator Mutu RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Tahun 2018.

Kategori	Indikator	Target
Asesmen Pasien	1. Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
Pelayanan laboratorium	2. Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium < 30 Menit	100%
Pelayanan radiologi dan pencitraan diagnostik	3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Radiologi < 60 menit	100%
Prosedur bedah	4. Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi	100%
Penggunaan antibiotika dan obat lainnya	5. Pemantauan Kejadian yang tidak Diharapkan pada Pemakaian Obat Psikofarmaka	≤ 5 %
Kesalahan medis (medical error) dan kejadian nyaris cedera (KNC)	6. Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	≤ 1,5 %
	7. Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri (IPIP)	≥ 95%
	8. Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3%
	9. Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Cacat/Gangguan Fungsi Permanen atau Kematian	0%
	10. Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%
	11. Kejadian Pasien Lari	≤5 %
	12. <i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰
Anestesi dan penggunaan sedasi	13. Asesmen Persiapan Anestesi	100%
Penggunaan darah dan produk darah	14. Pemantauan Kejadian Reaksi Transfusi	100%
Ketersediaan, isi, dan penggunaan catatan medik	15. Pengembalian Rekam Medis Lengkap dalam 24 Jam	≥ 90%
Pencegahan dan pengendalian infeksi, surveillance dan pelaporan	16. Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤ 5‰
Riset klinis	17. Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	≥ 1,1%
Pengadaan rutin peralatan kesehatan dan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien	18. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%
Pelaporan yang diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan	19. Kepatuhan Pengelolaan Laporan Rencana Bisnis Anggaran (RBA)Definitif	Skor = 2
	20. Kepatuhan Pengelolaan Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)	Skor = 2
	21. Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	Skor = 2
	22. Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor=100
Manajemen risiko	23. Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100%
Manajemen sumber daya	24. Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit
	25. Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	≤30 menit
	26. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi ≤ 3 Jam	100%
	27. Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit
	28. <i>Emergency Psychiatric Response Time</i> (EPRT)	≤240 menit
	29. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%
Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga	30. Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 75%
Harapan dan kepuasan staf	31. Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	≥ 80%
	32. Kepuasan Pelanggan/Peserta Didik	≥ 70%

Demografi pasien dan diagnosis klinis	33. <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	75-85%
Manajemen keuangan	34. Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional/PB (POBO)	50 - 57 %
Pencegahan dan pengendalian dari kejadian yang dapat menimbulkan masalah keselamatan pasien, keluarga dan staf	35. Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) di Setiap Unit Kerja	≥75%
Ketepatan identifikasi pasien	36. Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%
Peningkatan Komunikasi yang efektif	37. Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai	38. Angka Pemberian Label pada Obat <i>HIGH ALERT</i> .	100%
Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi (Idem Indikator Klinis No. 7)	100%
Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	39. Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100%
Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh	40. Kejadian Jatuh Akibat Hipotensi Postural karena Efek Samping Obat Anti Psikotik	100%

Penetapan Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2018

Unit Kerja	Indikator	Target
Bidang Medik	1. Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan	≥90%
Bidang Keperawatan	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan (idem Indikator Mutu Unit Kerja No. 1)	≥ 100%
Seksi Pelayanan Penunjang Medik	2. Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%
Seksi Pelayanan Medik	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%
	3. Koordinasi Pelaksanaan Rolling, Dropping dan Follow-up Pasien	≥ 90%
Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Jalan	4. Koordinasi Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Pelayanan Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	≥ 90 %
Seksi Pelayanan Keperawatan Rawat Inap	5. Supervisi Keperawatan Sesuai Jadwal	≥ 95%
Instalasi Rawat Jalan	6. Pelayanan oleh Dokter Spesialis di Poliklinik Spesialis	100%
	7. Ketaatan Kontrol di Rawat Jalan	≥80 %
	8. Penerapan Konsultasi Keperawatan di Klinik Kesehatan Jiwa	100%
	9. Kejadian Drop-Out Pasien Terhadap Paket Pelayanan di Klinik Autis yang Direncanakan	≤ 50 %
	10. Keberhasilan Penambalan Gigi	≥ 95 %
	11. Keberhasilan Pencabutan Gigi	≥ 95 %
	12. Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤3 Hari	≥90 %
	13. Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤7Hari	≥ 90 %
Instalasi Gawat Darurat	14. Kematian Pasien ≤8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2‰
Instalasi Rawat Inap	15. Kejadian Pasien Pulang Paksa	≤ 5 %
	16. Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien	100%

	Rawat Inap	
	17. Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
	18. Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥50 %
	19. Detoksifikasi Napza	≥80%
	20. Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%
	21. Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri	22. Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 10 Hari	≥85 %
Instalasi Psikogeriatri	23. Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%
	24. Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%
Instalasi Farmasi	25. Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit
	26. Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%
	27. Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa	100%
	28. Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%
	29. Ketersediaan Formularium dan <i>Update</i> Paling Lama 3 Tahun	100%
Instalasi Rekam Medik	30. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan ≤ 10 Menit	100%
	31. Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap ≤ 15 Menit	100%
	32. Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Sesudah Mendapatkan Informasi yang Jelas	100%
	33. Tidak ada Dokumen Rekam Medik yang Hilang	100%
Rehabilitasi Medik (Fisioterapi)	34. Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%
	35. Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi ≤ 120 Menit	≥ 90%
	36. Kejadian <i>DropOut</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	≤ 50 %
Instalasi Rehabilitasi (Mental)	37. Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %
	38. Angka Keberhasilan Rehabilitasi Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 65 %
Instalasi Radiologi	39. Angka Kegagalan Hasil Radiologi	Skor 2
	40. Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Label pada Film Rontgen	100%
Instalasi Gizi	41. Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %
	42. Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%
Instalasi PKRS	43. Pelaksanaan Penyuluhan di Luar Rumah Sakit	100%
	44. Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥90 %
Instalasi Laboratorium	45. Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%
	46. Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
	47. Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%
Bagian SDM	48. Kelengkapan Pengisian Jabatan	>90 %
	49. Ketepatan Waktu Penyetoran Data Insentif Pegawai	100%
Sub.Bag. Adm. Kepegawaian	50. Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%
	51. Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%

	52. Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%
Sub. Bag. Pengembangan SDM	53. Kinerja Pegawai Yang Baik, Sangat Baik dan Excellent	>95 %
	54. Program Reward dan Punishment	Ada program dilakukan sepenuhnya
Bagian Diklit	55. Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan	≥ 0,80 per tahun atau
		≥ 0,40 per semester
Sub Bag Diklit Tenaga Medis	56. Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Medis	90%
	57. Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	≥ 75% per tahun atau
		≥ 40% per semester
	58. Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	≥1,1per tahun atau
≥ 0,85 per semester		
59. Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Kedokteran	≥ 20% dari semua institusi	
Sub Bag Diklit Tenaga Keperawatan dan Non Medis	60. Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Keperawatan dan Non Medis	90%
	61. Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis	≥ 20% dari semua institusi
Instalasi Diklit	62. Evaluasi Pelatihan	≥90 %
	63. Melaksanakan Program Pelatihan	≥90 %
Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum		
Sub Bag Mobilisasi Dana	64. Kecepatan Pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap	100%
	65. Kebenaran Laporan Harian Kasir	100%
	66. Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan RS	100%
	67. Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%
Sub Bag Tata Usaha dan Pelaporan	68. Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi	100%
	69. Proses Penyelesaian Surat Penting	100%
	70. Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%
	71. Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
Sub Bag Program dan Anggaran	72. Perencanaan Strategis RS	100%
	73. Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	Tepat waktu
	74. Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	Skor = 2
Sub Bag Perbendaharaan dan Akuntansi	75. Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%
Sub.Bag Rumah Tangga	76. Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT
	77. Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang	100%
	78. Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik Negara	100%
Sug Bag Hukormas	79. Pendampingan Masalah Hukum	100%
	80. Laporan Hasil Analisis Survei Kepuasan Pelanggan	≥ 80
Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)	81. Waktu Layanan Perbaikan Perangkat Komputer (Tanpa Spare-part) < 48 jam	100%

	82. Waktu Layanan Perbaikan Perangkat Komputer (Dengan <i>Spare-part</i>) < 168 jam	100%
	83. Perbaikan Jaringan Komputer < 60 menit	100%
Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit	84. Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥80 %
	85. Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%
	86. Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%
Instalasi Kesehatan Lingkungan	87. Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%
	88. Pengelolaan Limbah Padat sesuai Permenkes 1204 th 2004	100%
	89. Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri	≥7500.
Instalasi Binatu / Laundry	90. Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%
	91. Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%
KOMITE- KOMITE		
Komite Medik	92. Pelayanan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Rawat Inap	100%
	93. Pelayanan Case Manager Pasien Rawat Inap	100%
	94. Terlaksananya Kredensial/Re-kredensial bagi Semua Dokter	100%
Komite Etik dan Hukum	95. Penanganan Masalah Etik dan Hukum Rumah Sakit	100%
	96. Penanganan Masalah Etik dan Hukum Kedokteran	100%
	97. Penanganan Masalah Etik dan Hukum Keperawatan	100%
Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	98. Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	≥75%
	99. Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	≥75%
Komite Keperawatan	100. Terlaksananya Kredensial dan Re-kredensial Bagi Semua Perawat	100%
	101. Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan sesuai dengan Standar Keperawatan	≥90%
Satuan Pengawas Internal (SPI)	102. Pencapaian Program Kerja Pengawasan	100%
Komite Penjamin Mutu	103. Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%
Komite K 3 RS	104. Angka Kecelakaan Kerja Pegawai	0%

BAB. IV.

STRATEGI PELAKSANAAN

A. STRATEGI PENCAPAIAN TUJUAN DAN SASARAN

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

1) Strategi Direktorat Medik dan Keperawatan

1. Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi terhadap upaya mewujudkan *sister hospital*.
2. Melakukan dan mengimplementasikan manajemen risiko dengan lebih baik, terutama yang berkaitan dengan kegiatan yang banyak dipengaruhi oleh regulasi eksternal.
3. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan koordinasi dengan PPK 1 dan PPK 2 secara berkala dan berkelanjutan yang memungkinkan terjadinya kerjasama yang baik untuk mendorong sistem rujukan pasien yang cepat dan tepat.
4. Berkoordinasi dengan Direktorat SDM dan Pendidikan untuk mendorong pemenuhan dan pemberdayaan SDM secara optimal yang memungkinkan mendorong peningkatan kinerja pelayanan.
5. Melakukan koordinasi, monitoring dan evaluasi secara berkala untuk memastikan kemudahan dan ketepatan pemeliharaan sarana prasarana, peralatan medis dan penunjang medis sesuai dengan standar.
6. Membangun komunikasi antar unit kerja untuk memperoleh ide yang diperlukan untuk membuat rumusan dan realisasi inovasi pelayanan.
7. Mengoptimalkan keterlibatan SDM dan optimalisasi pemanfaatan sarana prasarana untuk meningkatkan kualitas dan kuantitas kinerja pelayanan unggulan psikogeriatri.
8. Melakukan upaya '*social marketing*' melalui aktivitas-aktivitas edukasional di komunitas yang menjadi sasaran kegiatan PKRS

2) Strategi Direktorat SDM dan Pendidikan

1. Perekrutan pegawai Non PNS secara selektif sesuai analisa beban kerja dan standar kompetensi yang telah ditetapkan untuk memenuhi kekurangan sumber daya manusia karena adanya pengembangan pelayanan di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang.
2. Melakukan koordinasi dengan Biro Kepegawaian dan unit utama terkait dengan adanya update dan maintenance aplikasi kepegawaian di pusat.
3. Implementasi budaya kerja dalam rangka peningkatan pelayanan prima perlu adanya peningkatan pemahaman tentang indikator budaya kerja dengan berkoordinasi dengan Tim AoC dan konsultan budaya.
4. Menghitung kembali kebutuhan anggaran remunerasi yang setara dengan tunjangan kinerja (Tukin) dan mengupayakan peningkatan pendapatan rumah sakit.
5. Mengusulkan kembali ke Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan bagi pejabat struktural yang belum mengikuti diklatpim III (tiga) bagi pejabat eselon III (tiga) dan IV (empat) bagi pejabat eselon IV (empat).
6. Memperbaiki asrama termasuk penambahan kamar mandi sehingga untuk pelayanan pendidikan mengalami hambatan;
7. Memenuhi Sarana Prasarana perlengkapan asrama kurang (tempat tidur, kasur, selimut, spre, bantal , meja dan kursi)
8. Menkoordinasikan dengan stakeholder terkait dalam proses penerbitan surat tugas belajar dan ijin belajar dari di Kementerian Kesehatan.
9. Meningkatkan kompetensi tim assesment penelitian menjadi laik etik penelitian,
10. Mengoptimalkan Dukungan IT penunjang pendidikan
11. Mempersiapkan Visitasi Penetapan RS Pendidikan
12. Mempersiapkan ruangan Labskill yang memadai.
13. Menyesuaian tarif pelayanan pendidikan sesuai unit cost dan biaya masukan.
14. Mengembangkan dan mempromosikan museum secara intensif.

3) Strategi Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

Strategi yang disusun berdasarkan matrik RSB Tahun 2015 – 2019 yang dalam semester 1 tahun 2018 bisa dijabarkan sebagai berikut :

1. Menjalin kerjasama dengan pihak BPN (Balai Pertanahan Nasional) dan Kementerian Kesehatan RI dan Dewan Pengawas RS dalam rangka aset pemanfaatan negara terutama tanah.
2. Pengusulan perencanaan anggaran secara berjenjang dan tepat waktu, melalui E-Planning maupun pengusulan alokasi anggaran sesuai kebutuhan operasional RS khususnya Belanja modal baik alat medik maupun non medik dalam rangka pemenuhan sarana dan prasarana untuk melayani dan meningkatkan kepuasan pelanggan.
3. Pembuatan Aplikasi persediaan di Gudang RS dalam rangka untuk mendukung Laporan BMN secara tepat waktu.
4. Melakukan koordinasi dengan dinas/ institusi terkait mengenai ijin penggunaan alat serta pemeriksaan yang berhubungan dengan Kesehatan Lingkungan (IPAL, B3, Incinerator).
5. Melakukan Upaya
 - a. Optimalisasi ketersediaan anggaran dalam rangka pengembangan pelayanan baru sesuai dengan skala prioritas untuk meningkatkan pendapatan RS
 - b. Secara intensif melakukan koordinasi dengan dirjen yankes kemkes RI maupun Dirjen PK BLU Kemkeu untuk regulasi KSO untuk pemanfaatan aset.
 - c. Melakukan monev secara berkala dalam upaya efisiensi penggunaan dana di setiap kegiatan bisa berjalan efektif.
 - d. Menetapkan Tim Tarif untuk penyesuaian tarif RS berdasarkan unit cost dan mengusulkan ke K/L untuk segera mendapatkan pengesahan dan Penetapan dari kemkeu.
6. Melaksanakan renovasi Gedung Tua yang rusak berat untuk bisa dimanfaatkan sebagai gedung Pelayanan.
7. Melaksanakan perencanaan dan pengadaan alat penunjang diagnostik sesuai dengan kebutuhan dan pengembangan layanan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
8. Sosialisasi dilaksanakan dalam rapat koordinasi tentang keterkaitan matrik RSB dan RBA tahun 2018 sesuai dengan alokasi definitif yang tercantum dalam DIPA dan RKAKL 2018.

9. Mengembangkan RS menjadi “Green Hospital” baik dari perbaikan lingkungan RS, maupun sistem eplaporan yang “*paper less*”

B. HAMBATAN DALAM PELAKSANAAN STRATEGI

Hambatan Dalam Pelaksanaan Strategi adalah sebagai berikut:

1). Hambatan dan permasalahan Direktorat Medik Keperawatan.

1. *Respon time* terhadap perbaikan/pemeliharaan alat medis dan sarana prasarana penunjang pelayanan cenderung lambat. Kondisi ini berdampak ada unit pelayanan yang terpaksa harus menghentikan kegiatan operasional pelayanan pasien untuk jangka waktu yang cukup lama.
2. Komunikasi dan koordinasi dengan jejaring pelayanan PPK 1 dan PPK 2 belum berjalan dengan baik. Kondisi ini berdampak pada kunjungan pasien, terutama pasien rawat inap mengalami penurunan.
3. Kegiatan Instalasi PKRS belum dapat merepresentasikan fungsi promosi pelayanan rumah sakit yang menitikberatkan pada produktivitas secara optimal.
4. Sistem monitoring dan evaluasi kinerja yang berbasis mutu dan produktivitas belum berjalan optimal. Kondisi ini berdampak menjadi terlambat/ kurang antisipatifnya identifikasi dan tindak lanjut terhadap *gap* capaian target kegiatan.
5. Terdapat kekurangan SDM dalam hal kuantitas dan kualifikasi - misalnya dokter umum, terapis okupasi, *social worker*, psikolog, perawat, psikiater, dan tenaga administratif – baik karena belum adanya rekrutmen, adanya SDM yang sakit berat, maupun akibat adanya perpindahan SDM ke luar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang karena berbagai sebab
6. Sistem *reward dan punishment* belum dapat mengaitkan antara kinerja SDM dan kompensasi berdasarkan sistem remunerasi secara optimal. Kondisi ini berdampak tidak adanya upaya kompetisi diantara unit kerja untuk meningkatkan produktivitas kerjanya.
7. Pelayanan kesehatan jiwa unggulan Psikogeriatrici belum memberikan kontribusi produktivitas pendapatan rumah sakit secara optimal. Kondisi ini disebabkan oleh faktor :
 - Konsep pelayananan psikogeriatrici belum pernah dievaluasi kembali kesesuaiannya dengan kebutuhan masyarakat serta ketersediaan skema pembiayaan yang mempengaruhi *ability to pay* di masyarakat
 - Ketersediaan SDM multidisipliner yang mempunyai kompetensi spesialisasi psikogeriatrici belum terpenuhi secara optimal.
 - Upaya promosi pelayanan belum dilengkapi dengan pembuatan indikator yang dapat digunakan untuk mengukur efektivitasnya.

2). Hambatan dan permasalahan di Direktorat SDM dan Pendidikan

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

1. Pelaksanakan perekrutan pegawai Non PNS sesuai analisa beban kerja dan kompetensi sesuai standar yang ditetapkan rumah sakit terkendala karena keterbatasan anggaran untuk penggajian dan pemberian kompensasi lainnya bagi pegawai Non PNS dan kurangnya peminat untuk perekrutan dokter jaga IGD.
2. Respon Biro Kepegawaian untuk menindaklanjuti atau menanggapi usulan perubahan jabatan baru yang diusulkan terlambat.
3. Belum diusulkan untuk mengadakan kegiatan bimbingan implementasi budaya kerja pelayanan prima karena belum menemukan konsultan budaya yang tepat .
4. Terbatasnya usulan Realokasi anggaran Belanja Pegawai untuk remunerasi Satker BLU tahun 2018 dan kecenderungan penurunan penerimaan rumah sakit.
5. Program Diklatpim III merupakan program yang terpusat dari Kemenkes RI sehingga sangat tergantung kebijakannya baik kuota maupun penunjukan pesertanya.
6. Terbatasnya kapasitas asrama karena banyaknya Bangunan Asrama yg rusak karena bangunan tua dan perlengkapan asrama yang belum dipenuhi karena terbatasnya alokasi anggaran.
7. Koordinasi dengan kemenkes kurang efektif karena sangat tergantung dengan tindak lanjut usulan dari unit utama.(Dirjen Yankes)
8. Terbatasnya anggaran peningkatan SDM.
9. Area asrama yang terpencar dan belum adanya dukungan akses Jurnal dari Institusi pasangan.
10. Belum adanya Labskill yang memadai.
11. Belum ada Penyesuaian tarif pelayanan pendidikan sejak Tahun 2012.
12. Pengembangan museum masih terbatas dan pasif;
13. Terdapat kekurangan SDM dalam hal kuantitas dan kualifikasi baik karena belum adanya rekrutmen, adanya SDM yang sakit berat, maupun akibat adanya perpindahan SDM ke luar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang karena berbagai sebab.

3). Hambatan dan permasalahan di Direktorat Keuangan dan Adm Umum

1. Keterbatasan dana di APBN sehingga diharapkan satuan kerja untuk lebih efisiensi dalam pelaksanaan penganggaran
2. Pementapan perencanaan di unit kerja melalui pelatihan dan sosialisasi sehingga kedepan semua perencanaan bisa dituangkan dalam RBA masing masing unit kerja
3. Dengan berubahnya system Penganggaran dengan single system dimana untuk proses revisi harus menunggu digital stam perubahan sehingga apabila masih dalam proses baik di kanwil maupun DJA maka revisi berikutnya harus menunggu perubahan digital stam dan bisa diunduh melalui DIPA online
4. Perencanaan penggunaan saldo awal untuk pengembangan pelayanan sehingga kegiatan bisa dilakukan secara optimal
5. Perhitungan target hendaknya realistis dihitung berdasarkan trend proesestase kenaikan capaian kinerja tahun sebelumnya
6. Akan ditetapkan standart terkait sarana dan prasarana baik peralatan kesehatan maupun rumah tangga yang mengacu pada standart sarana prasarana Rumah Sakit
7. Diupayakan operasional pemeliharaan dilakukan sebagai cagar budaya oleh dinas terkait
8. Pengembangan pelayanan medik maupun keperawatan yang benar-benar dibutuhkan oleh pelanggan , maka perlu di prioritaskan pengadaan sesuai masterplan Psikogeriatri
9. Dilakukan rekonsiliasi dengan KPKNL terkait proses penghapusan barang dan gedung dalam rangka kegiatan pengembangan pelayanan RS
10. Dilakukan koordinasi dengan dinas perijinan setempat secara insentif untuk mendapatkan ijin operasional
11. Akan direncanakan pembuatan Masterplan Rumah Sakit pada tahun anggaran 2018
12. Telah diusulkan ke Tim penyusun pedoman RBA pusat terkait penyesuaian pedoman RBA dengan pedoman RSB
13. Penyempurnaan aplikasi persediaan dan terintegrasinya aplikasi persediaan obat sebagai data dukung untuk Laporan Keuangan
14. Melakukan input secara uptodate aplikasi E-Monev, SIMAN, SIMAK-BMN ASPAK, E-Planning, SAIBA sebagai bagian dari SIPERMONEV.
15. Mengupayakan bagi semua unit kerja untuk melaksanakan survey kepuasan pelanggan

16. Terdapat kekurangan SDM dalam hal kuantitas dan kualifikasi - misalnya akuntan, tenaga administratif, tenaga perencana, pengemudi, dan sebagainya – baik karena belum adanya rekrutmen, adanya SDM yang sakit berat, maupun akibat adanya perpindahan SDM ke luar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang karena berbagai sebab

C. UPAYA DAN TINDAK LANJUT.

Upaya tindak lanjut untuk mengatasi kendala/hambatan tersebut antara lain :

1). Direktorat Medik dan Keperawatan

1. Melanjutkan penyusunan dan pengembangan IT secara lebih komprehensif untuk mendukung peningkatan kinerja pelayanan yang saat ini telah dikembangkan SIM RS GOS secara bertahap.
2. Melakukan efisiensi dan reorganisasi kegiatan pelayanan medik dan keperawatan sehingga semua kebutuhan dapat terakomodir
3. Menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas utama, dan menumbuhkan *no blaming culture* dalam melaksanakan kegiatan pelayanan apapun yang bersifat menjaga keamanan pasien
4. Kebijakan untuk mendukung pelayanan dengan model *clinical pathways* dan praktek keperawatan profesional (MPKP), dengan pemanfaatan sarana prasarana pelayanan yang tersedia secara tepat guna dan didukung sistem administrasi manajemen yang berbasis teknologi informasi diatasi melalui :
5. Melaksanakan, monitoring dan evaluasi pelaksanaan program pelayanan yang berdasarkan *CP (Clinical Pathway)*.
6. Meningkatkan koordinasi dengan lintas sektor untuk mendukung program promosi keswa masyarakat di daerah dengan melaksanakan pertemuan melalui TPKJM (Tim Pembina Kesehatan Jiwa Masyarakat) provinsi dan TPKJM (Tim Pelaksana Kesehatan Jiwa Masyarakat) Kabupaten/Kota agar ada persamaan persepsi.
7. Melakukan advokasi formal maupun informal kepada BPJS, tentang kebutuhan pelayanan kesehatan jiwa.
8. Meningkatkan promosi ke masyarakat melalui penyuluhan kesehatan maupun kesehatan jiwa pada kader kesehatan, kelompok/posyandu lansia, penyebaran informasi/leaflet dan elektronik (TV, radio dan web site atau media cetak).
9. Meningkatkan pelayanan Napza sebagai program pemerintah dan menjalankan program IPWL.

10. Bekerjasama dengan Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum untuk menciptakan program promosi pelayanan melalui Sub Bagian Hukum Organisasi dan Hubungan Masyarakat.

2). Direktorat SDM dan Pendidikan

1. Adanya keterbatasan anggaran untuk penggajian dan pemberian kompensasi pada perekrutan pegawai Non PNS sesuai analisa beban kerja ,maka perekrutan pegawai Non PNS dilakukan secara selektif dan mengusulkan kembali formasi CPNS tahun 2018.
2. Dalam mengatasi kebijakan Kementerian Kesehatan RI dalam hal ini Biro Kepegawaian melakukan folow up usulan secara kontinyu agar mendapatkan tindak lanjut dan tanggapan untuk perubahan jabatan baru yang sudah diusulkan
3. Memfasilitasi pengadaan SDM fungsional dan structural yang dibutuhkan untuk pelaksanaan tugas di tiga Direktorat (Direktorat Medik dan Keperawatan, DirektoratSDM dan Pendidikan, Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum)
4. Dalam perencanaan kegiatan sosialisasi implementasi budaya kerja perlu mengusulkan Tim Implementasi Budaya kerja pelayanan prima dengan pendampingan konsultan budaya.
5. Tindak lanjut untuk mengatasi penyetaraan remunerasi dengan melakukan follow up usulan Revaluasi anggaran Belanja Pegawai untuk remunerasi Satker BLU tahun 2018 secara kontinyu dan meningkatkan pendapatan.
6. Dalam menyikapi kebutuhan program Diklatpim yang sangat tergantung dengan program dari Kemenkes RI adalah mengusulkan kembali diklat penjenjangan untuk pejabat eselon III yang belum mengikuti diklatpim dan memfollow up usulan secara kontinyu.
7. Mengusulkan perbaikan asrama secara bertahap dan mengusulkan sarana prasarana perlengkapan asrama yang masih kurang termasuk *labskill* yang memadai.
8. Melakukan koordinasi yang lebih intensif dengan unit terkait terutama Ditjen Yankes, PPSDM dan Biro Kepegawaian tentang penerbitan surat ijin belajar dan tugas belajar.
9. Meningkatkan kompetensi tim asesmen untuk menjadi tim etik penelitian agar proses penelitian berjalan lancar.
10. Mengusulkan dukungan IT untuk menunjang pendidikan (*bandwidth* Wi-fi / spot area) dan mengusulkan pembukaan akses E Jurnal dengan institusi pasangan
11. Mengusulkan Perpanjangan Penetapan sebagai RS Pendidikan afiliasi.

12. Mengusulkan biaya tarif pelayanan pendidikan sesuai unit cost maupun standar biaya masukan (SBM)
13. Mengembangkan museum dengan membentuk tim expert dan penataan koleksi.

3). Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

1. Melakukan upaya monitoring dan evaluasi penggunaan aset negara terutama terhadap pemanfaatan aset tanah untuk peningkatan pendapatan rumah sakit dengan melakukan inovasi sesuai dengan regulasi.
2. Melaksanakan upaya advokasi secara lebih intensif oleh jajaran direksi untuk mendapatkan alokasi anggaran belanja modal dari APBN baik untuk pemeliharaan maupun investasi baru sarana dan prasarana pelayanan termasuk peralatan kesehatan sesuai perkembangan teknologi kedokteran.
3. Melaksanakan pengadaan barang dan jasa untuk memenuhi kebutuhan masyarakat khususnya yang mempunyai daya ungkit bagi peningkatan kepuasan pelanggan.
4. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kondisi BMN secara rutin sehingga dapat dilakukan penghapusan barang dan gedung secara tepat dan benar.
5. Melakukan monitoring dan evaluasi surat ijin penggunaan alat dan bangunan serta berkoordinasi secara intensif dengan dinas/institusi terkait.
6. Keuangan
 - a. Pengembangan pelayanan baru menyesuaikan dengan ketersediaan anggaran dan berdasarkan skala prioritas.
 - b. Belum optimalnya pemanfaatan aset dikarenakan aturan dari pusat sampai saat ini belum terbit sehingga target pendapatan tidak terpenuhi. Dilakukan koordinasi secara intensif dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kemkes RI dalam mewujudkan regulasi tentang KSO.
 - c. Dilakukan efisiensi penggunaan dana melalui penentuan skala prioritas kegiatan.
 - d. Mereview pola tarif sesegera mungkin, dan menyesuaikannya dengan *unit cost* dikarenakan tarif yang berlaku tidak sesuai dengan kondisi saat ini.
7. Pemantauan, pengusulan perbaikan, dan pelaksanaan rehabilitasi gedung tua yang rusak berat menjadi gedung penunjang pelayanan pendidikan.
8. Melakukan health technology analysis, sehingga perencanaan dan pengadaan alat penunjang diagnostik dapat disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi RSJRW.

9. Melakukan sosialisasi tentang RSB, RBA tahun 2018 dengan kesesuaian matrik yang telah direncanakan dan setiap pengadaan Alat Kesehatan yang harus disertai justifikasi atas usulan yang disampaikan.
10. Menjadikan RS sebagai green Hospital dengan melakukan kegiatan pelaporan unit melalui pusat data dan SIM RS dengan paperless.

BAB V HASIL KERJA

Hasil pencapaian kinerja merupakan pencapaian selama Tahun 2018 berdasarkan target yang telah ditentukan yang akan dijelaskan sebagai berikut :

A. PENCAPAIAN TARGET KINERJA DAN PENDAPATAN

a). Pencapaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2018

Pencapaian Indikator Kinerja Utama sesuai RSB

Sasaran Strategis		IKU		Satuan	Target IKU	Realisasi
					Tahun 2018	Tahun 2018
Perspektif Stakeholder						
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kesehatan RS BLU	Katagori	BAIK AA	BAIK AA
		2	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	Scoring	≥ 80	82,22
		3	Tingkat Kepuasan Pegawai	prosentase	80	86,30
		4	Tingkat Kepuasan Peserta Didik	prosentase	80	82
		5	Prosentase Komplain yang Ditindaklanjuti	prosentase	100%	100%
Perspektif Proses Bisnis						
2	Terwujudnya Pelayanan yang Berkualitas.	6	Terakreditasi Nasional dan JCI	jumlah	Reakreditasi SNARS	Pemenuhan dokumen Sismadak
3	Terwujudnya Inovasi pelayanan berbasis RS dan komunitas	7	Jumlah pengembangan jenis layanan psikogeriatri berbasis RS	Jumlah lembaga	4	5
		8	Jumlah Pengembangan Jenis Layanan Psikogeriatri Berbasis Komunitas	Jumlah Lembaga	3	3
4	Terwujudnya Pengembangan Kerjasama dengan Institusi Jejaring dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	9	Jumlah Institusi Jejaring Pelayanan Psikogeriatri	Jumlah	1	maintenance
		10	Jumlah Institusi Jejaring Pendidikan Psikogeriatri	Jumlah	1	1

		11	Jumlah Institusi Jejaring Penelitian Psikogeriatri	Jumlah	1	0
		12	primer Layanan PPK Primer dan Sekunder	Jumlah	12	12
		13	Terealisasinya Kerjasama dengan Sister Hospital LN dan DN	Sesuai angka	1	0
		14	Prosentase Supervisi yang Dilakukan oleh Jejaring Pendidikan	Prosentase	60 %	161%
5	Terwujudnya Bisnis Proses Internal yang Efektif	15	Prosentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU	Prosentase	100%	83%
Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi						
6	Terwujudnya budaya kinerja yang berkomitmen pelayanan prima	16	Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja	prosentase	85%	80,71%
7	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	17	Prosentase Pegawai yang Memenuhi Standar Kompetensi	Prosentase	70%	75%
8	Terwujudnya kehandalan aset untuk psikogeriatri	18	OEE (overall equipment effectiveness)	prosentase	70%	74,70
9	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	19	Level integrasi IT rumah sakit	Level	Siloed - 2	Siloed -1
Perspektif Financial						
10	Terwujudnya Efisiensi biaya	20	POBO	prosentase	> 45%	45,59%
11	Tercapainya peningkatan pendapatan RS	21	Tingkat pertumbuhan pendapatan	Prosentase	5% (55%)	10%

1) Tingkat Kesehatan RS BLU Kondisi yang dicapai saat ini

Tingkat kesehatan rumah sakit diukur menggunakan Perdijen Perbendaharaan Kemenkeu No 24 Tahun 2018. Hasil yang dicapai dapat digambarkan sebagai berikut,

I K U	Satuan	TAHUN 2017			TAHUN 2018		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Stakeholder							
Tingkat Kesehatan RS BLU	jumlah	84,55	87,02	AA	84,55	80,62	AA

Permasalahan :

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

Usulan Pemecahan :

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

Hasil Perhitungan Tingkes RSJRW Tahun 2018

ASPEK KEUANGAN

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Satuan	Haper	Nilai Riil
1	Rasio Keuangan				
	a. Rasio Kas (Cash Ratio)	2,25	persen	10.007,53	0.5
	b. Rasio Lancar (Current Ratio)	2,75	persen	20.171,70	2.75
	c. Periode Penagihan Piutang (Collection Periode)	2,25	hari	55,21	1.25
	d. Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	2,25	persen	8,00	0.75
	e. Imbalan atas Aktiva Tetap (Return of Fixed Asset)	2,25	persen	1,72	1
	f. Imbalan Ekuitas (Return on Enquity)	2,25	persen	1,82	0.85
	g. Perputaran Persediaan (Inventory Turn over)	2,25	hari	12,48	0.75
	i. Rasio POBO	2,75	persen	46,59	2.75
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU				
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif				
	- Ditandatangani sebelum tgl 31 Desember tahun sebelumnya	0,4		Ditandatangani sebelum tanggal 31 Des 2016	0,4
	- Ditandatangani oleh pemimpin BLU	0,4		Sesuai	0,4
	- Diketahui oleh Dewas	0,4		Sesuai	0,4
	- Disetujui oleh Menteri	0,4		Sesuai	0,4
	- Format sesuai dengan PMK No.95/PMK.05/2011	0,4		Sesuai	0,4
	b. Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan				
	- Laporan Keuangan Semester 1 disampaikan ≤ tanggal 15 Juli	0,66		tepat waktu	0,66
	- Laporan Keuangan Tahunan disampaikan ≤ tanggal 22 Jan	0,67		tepat waktu	0,67
	- Audit Laporan Keuangan diaudit oleh auditor eksternal	0,67		tepat waktu	0,67
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU				
	- SP3BBLU TW 1 disampaikan akhir TW 1, saldo kas sesuai	0,4		sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 2 disampaikan akhir TW 2, saldo kas sesuai	0,4		sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 3 disampaikan akhir TW 3, saldo kas sesuai	0,4		sesuai	0,4
	- SP3BBLU TW 4 disampaikan sesuai langkah langkah akhir anggaran, saldo kas telah sesuai	0,8		sesuai	0,8

	d. Tarif Layanan, ditetapkan menteri keuangan	1		sesuai	1
	e. Sistem Akuntansi				
	- Sistem akuntansi keuangan	0,6		sesuai	0,6
	- Sistem akuntansi biaya	0,2		sesuai	0,2
	- Sistem Akuntansi Aset tetap	0,2		sesuai	0,2
	f. Persetujuan rekening				
	- Rekening pengelolaan kas	0,1		sesuai	0,1
	- Rekening operasional	0,3		sesuai	0,3
	- Rekening dana kelolaan	0,1		sesuai	0,1
	g. SOP Pengelolaan Kas	0,5		ada	0,5
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0,5		ada	0,5
	i. SOP Pengelolaan Utang	0,5		ada	0,5
	j. SOP pengadaan Barang dan Jasa	0,5		ada	0,5
	k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5		ada	0,5
	Jumlah Skor Aspek Keuangan	30			21.6

ASPEK PELAYANAN

NO	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor		Haper	Nilai Riil
1	Layanan				
	a. Pertumbuhan produktifitas				
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	2	kali	1,04	1,5
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan Rawat Darurat	2	kali	0,95	1,25
	3) Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	2	kali	0,98	1,25
	4) Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	2	kali	0,95	1,25
	5) Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2	kali	0,92	1
	6) Pertumbuhan psikoterapi/ECT	2	kali	1,91	2
	7) Pertumbuhan rehab medik	2	kali	0,85	0,5
	8) Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	2	kali	1,11	2
	9) Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	2	kali	0,5	0
	b. Efektifitas Pelayanan				
	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	persen	96,06%	2
	2) Pengembalian rekam medik	2	persen	99,35%	2

	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	persen	2,23%	2
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	persen	0%	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	persen	97,16%	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	persen	4,31%	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	persen	74,93%	2
	c. Pertumbuhan Pembelajaran				
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1	jam	208%,6%	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	persen	0%	0
	3) Program reward and punishment	1		ada program dilaksanakan	1
2	Mutu dan manfaat kepada masyarakat				
	a. Mutu Pelayanan				
	1) Emergency Response Time Rate	2	menit	1 menit 39 detik	2
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	menit	78 menit 36 detik	1
	3) Length of stay	2	hari	46,41 hari	1,5
	4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	menit	26 menit 5 detik	1
	5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	hari	6 menit 29 detik	2
	6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	jam	48 menit 3 detik	2
	7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	jam	1 jam 30 menit	2
	b. Mutu Klinik				
	1) Angka kematian di gawat darurat	2	persen	0%	2
	2) Angka kematian/kebutaan ≥ 48 jam	2	persen	0,3%	2
	3) Post Operative Death Rate (ECT)	2	persen	0%	2
	4) Angka infeksi nosokomial				
	- luka fiksasi	1	persen	0,1%	1
	- dermatomikosis	1	persen	0,2%	1
	- scabies dan pedikulosis	1	persen	0,1%	1
	- postural hipotensi	1	persen	0%	1
	5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	persen	0%	2
	c. Kepedulian kepada masyarakat				
	1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	1		ada program dilaksanakan semua	1
	2) Penyuluhan Kesehatan	1		ada program dilaksanakan semua	1
	3) Rasio tempat tidur kelas III	2	persen	95,37%	2
	d. Kepuasan Pelanggan				

	1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	persen	100%	1
	2) Kepuasan Pelanggan	1	persen	82,22%	0,82
	e. Kepedulian terhadap lingkungan				
	1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2		9525	2
	2) Proper lingkungan	1		hitam	2
	Jumlah skor aspek pelayanan	70			59,02
	Jumlah Total	100			80,62
	Kriteria				BAIK AA

Analisa Penurunan Rasio Keuangan

1. Perputaran Aset Tetap

Hasil perhitungan Rasio Perputaran Aset Tetap pada tahun 2018 turun dari tahun 2017, karena pendapatan tahun 2018 turun dari tahun 2017. Pendapatan pada tahun 2017 lebih besar karena piutang bulan Desember 2017 yang selesai diverifikasi pada bulan Januari 2018 dicatat sebagai penambah pendapatan pada tahun 2017

2. Imbalan atas Aset Tetap

Hasil perhitungan rasio Imbalan atas Aset Tetap pada tahun 2018 turun dari tahun 2017, karena terjadi penurunan surplus pada tahun 2018 akibat penurunan jumlah pendapatan, peningkatan beban. Selain itu pada tahun 2018 dilakukan revaluasi aset tetap sehingga pada tahun 2018 nilai aset tetap meningkat dan mengakibatkan hasil perhitungan rasio ini turun dari tahun 2017

3. Imbalan Ekuitas

Hasil perhitungan rasio Imbalan Ekuitas pada tahun 2018 turun dari tahun 2017, karena terjadi penurunan surplus pada tahun 2018 akibat penurunan jumlah pendapatan, peningkatan beban. Selain itu pada tahun 2018 dilakukan revaluasi aset tetap sehingga pada tahun 2018 nilai ekuitas meningkat dan mengakibatkan hasil perhitungan rasio ini turun dari tahun 2017

b) .Pencapaian IKI dan IKT Tahun 2018

Pencapaian IKI Tw 1 Tahun 2018.

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	JANUARI			FEBRUARI			MARET		
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	6	7	8 = (5x7)	9	10	11 = (5x10)	12	13	14 = (5x13)
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥ 80%	0,05	99,07%	10	0,5	96,40%	100	5	96,73%	100	5
	3	Prosentase Kejadian tidak ada Pasien Jatuh	100%	0,05	100%	100	5	100%	100	5	100%	100	5
	4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fixaxi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤ 1,5%	0,05	0,35%	100	5	0,34%	100	5	0%	100	5
	5	Penerapan Keselamatan electro Convulsive therapy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	≤ 5%	0,05	0,45%	100	5	0,00%	100	5	0,00%	100	5
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4
Capaian Indikator Medik	8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	≥ 90%	0,07	96,75%	100	7	94,39%	100	7	92,24%	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
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	≤ 240 Menit	0,02	1:31:47	100	2	2:10:00	100	2	1:42:29	100	2
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 Menit	0,05	0:52:06	100	5	0:55:28	100	5	0:58:28	100	5
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam	0,05	1:51:00	100	5	2:58:00	100	5	2:04:00	100	5
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 Jam	0,05	0:44:45	100	5	0:51:54	100	5	0:49:27	100	5
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 Menit	0,05	0:27:16	100	5	0:38:50	75	3,75	0:28:33	100	5
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)	> 80%	0,02	98,75%	100	2	98,80%	100	2	99,70%	100	2
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥ 45%	0,1			0			0	44,09%	0,8	0,08
JUMLAH TS							85,5		88,75		90,08		
NILAI IKI							1,75		1,75		2		

Pencapaian IKI Semester 1 tahun 2018

KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	APRIL			MEI			JUNI		
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL
1	2	3	4	5	14	16	17 = (5x16)	18	19	20 = (5x19)	21	22	23 = (5x22)
Kepatuhan Terhadap Standar	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	95,65%	100	5	97,12%	100	5	97,12%	100	5
	3	Prosentase Kejadian tidak ada Pasien Jatuh	100%	0,05	100%	100	5	100%	100	5	100,00%	100	5
	4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fixaxi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤ 1,5%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0,4%	100	5
	5	Penerapan Keselamatan electro Convulsive therapy (ECT)	100%	0,07	100	100	7	100	100	7	100	100	7
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	≤ 5%	0,05	0,37%	100	5	0,00%	100	5	0,00%	100	5
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	100%	100	4	100%	100	4	100%	100	4
Capaian Indikator Medik	8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	≥ 90%	0,07	91,91%	100	7	92,70%	100	7	93,01%	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
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (K RK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	≤ 240 Menit	0,02	1:55:07	100	2	2:31:39	100	2	2:12:37	100	2
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 Menit	0,05	41 mnt 10 dtk	100	5	26 mnt 55 dtk	100	5	26 mnt 14 dtk	100	5
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam	0,05	74 mnt	100	5	1 jam 18 mnt	100	5	1 jam 23 mnt	100	5
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 Jam	0,05	00:49:30	100	5	00:44:32	100	5	39 mnt	100	5
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 Menit	0,05	00:27:50	100	5	00:36:40	80	4	00:39:50	80	4
	17	Pengembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)	> 80%	0,02	99,50%	100	2	99,50%	100	2	99,70%	100	2
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNPB Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥ 45%	0,1							43,48%	80	8
JUMLAH TS							90			89		97	
NILAI IKI							1,75			1,75		2	

Pencapaian IKI Tw 3 Tahun 2018.

Nama Satker BLU		: RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG													
Periode		: Triwulan I s.d IV Tahun 2018													
KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	JULI			AGUSTUS			SEPTEMBER			RATA-RATA HAPER Tw3	
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL		
1	2	3	4	5	24	25	26 = (5x25)	27	28	11 = (5x28)	29	30	31 = (5x30)	HAPER	
PELAYANAN MEDIS															
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5	0%	
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥ 80%	0,05	97,51%	100	5	97,46%	100	5	96,98%	100	5	97,32%	
	3	Prosentase Kejadian tidak ada Pasien Jatuh	100%	0,05	100%	100	5	100%	100	5	99,84%	100	5	99,95%	
	4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fixaxi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤ 1,5%	0,05	0,32%	100	5	0,57%	100	5	0%	100	5	0,30%	
	5	Penerapan Keselamatan electro Convulsive therapy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7	100%	
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	≤ 5%	0,05	1,08%	100	5	1,32%	100	5	0,21%	100	5	0,87%	
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4	100%	
Capaian Indikator Medik	8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	≥ 95%	0,07	96,32%	100	7	93,42%	75	5,25	94,30%	75	5,25	94,68%	
	9	Tidak Adanya Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7	100%	
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8	100%	
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100,00%	100	8	100,00%	100	8	100,00%	100	8	100%	
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	≤ 240 Menit	0,02	2:16:12	100	2	2:02:53	100	2	1:59:56	100	2	2:06:20	
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 Menit	0,05	0:35:45	100	5	0:42:10	100	5	0:42:10	100	5	0:40:01	
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam	0,05	2:05:00	100	5	1:11:00	100	5	1:32:00	100	5	1:36:00	
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 Jam	0,05	0:45:48	100	5	0:46:22	100	5	0:43:00	100	5	0:45:03	
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 Menit	0,05	0:32:02	80	4	0:34:34	80	4	0:36:08	80	4	0:34:14	
	17	Penembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)	> 80%	0,02	99,20%	100	2	99,70%	100	2	99,60%	100	2	99,50%	
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBK Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	44,05%	80	8	53,14%	80	8	54%	80	8	54,11%	
JUMLAH TS							97								95,25
NILAI IKI							2								2

Pencapaian IKI Tw 4 Tahun 2018

Nama Satter BLU Periode		: RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG : Triwulan I s.d IV Tahun 2018														
KATEGORI	NO	JUDUL INDIKATOR	STANDAR	BOBOT	OKTOBER			NOPEMBER			DESEMBER			RATA-RATA HAPER Tw4	RATA-RATA HAPER TAHUN 2018	
					HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER	SKOR	TOTAL	HAPER		
1	2	3	4	5	32	33	34 = (5x33)	35	36	37 = (5x36)	38	39	40 = (5x39)		41	
PELAYANAN MEDIS																
Kepatuhan Terhadap Standar	1	Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5	100%	100%	
	2	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥ 80%	0,05	96,97%	100	5	97,02%	100	5	97,16%	100	5	97,05%	97,41%	
	3	Prosentase Kejadian tidak ada Pasien Jatuh	100%	0,05	100%	100	5	100%	100	5	99,81%	100	5	99,94%	99,89%	
	4	Cedera/Trauma Fisik Akibat Fixaxi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤ 1,5%	0,05	0%	100	5	0,37%	100	5	0,00%	100	5	0,12%	0,17%	
	5	Penerapan Keselamatan electro Convulsive therapy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, Sesuai Indikasi, Dilakukan oleh tenaga kompeten	100	7	100%	100%	
Pengendalian Infeksi di RS	6	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	≤ 5%	0,05	4,57%	100	5	1,46%	100	5	1,56%	100	5	2,53%	1,06%	
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP, Dilaksanakan, Dievaluasi	100	4	100%	100%	
Capaian Indikator Medik	8	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 Jam di UPIP	≥ 95%	0,07	95,72%	100	7	90,69%	75	5,25	92,65%	75	5,25	93,02%	93,27%	
	9	Tidak Adanya Kejadian Pasien Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7	100%	99,33%	
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8	100%	100%	
Kepuasan Pelanggan	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8	100%	100%	
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time 2 (EPRT)	≤ 240 Menit	0,02	1:48:49	100	2	1:05:52	100	2	1:44:37	100	2	1:32:26	1:46:35	
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 Menit	0,05	0:38:19	100	5	0:46:29	100	5	0:59:35	100	5	0:48:07	0:43:44	
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam	0,05	1:17:00	100	5	1:12:00	100	5	1:28:00	100	5	1:19:00	1:29:30	
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 Jam	0,05	0:54:08	100	5	0:52:00	100	5	0:47:10	100	5	0:05:06	0:49:25	
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 Menit	0,05	0:14:20	100	5	0:14:18	100	5	0:18:11	100	5	0:15:36	0:26:10	
	17	Penembalian Rekam Medik Lengkap Dalam Waktu 24 Jam (PRM)	> 80%	0,02	99,50%	100	2	99,50%	100	2	99,20%	100	2	99,40%	99,39%	
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBK Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	54	80	8	53,08	80	8	53,08	80	8	53,08%	53,08%	
JUMLAH TS							98			96,25			96,25	96,25%	96,25%	
NILAI IKI							2			2			2	2	2	

Pencapaian IKT Tahun 2018

HASIL PERHITUNGAN (HAPER) PENILAIAN INDIKATOR KINERJA TERPILIH (IKT) TAHUN 2018												
SATKER BADAN LAYANAN UMUM DITJEN PELAYANAN KESEHATAN												
Nama Satker BLU		: RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG										
Periode		: Triwulan I s.d IV Tahun 2018										
NO	INDIKATOR	STANDAR	TRIWULAN I		TRIWULAN II		TRIWULAN III		TRIWULAN IV		HAPER TAHUN 2018	KETERANGAN (TERCAPAI = 1 / TIDAK TERCAPAI = 0)
			TARGET	HAPER	TARGET	HAPER	TARGET	HAPER	TARGET	HAPER		
1	Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	80%	90%	85%	90%	92%	90%	89,53%	90%	88,84%	88,84%	1
2	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU <i>Integrated Online System</i> /BIOS)	100%	100%	100%	100%	95%	100%	95%	100%	96,67%	96,67%	0
3	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	100%	80%	61%	80%	63%	80%	62,48%	80%	62,16%	62,16%	0
4	Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan (Online/SMS)	100%	10%	5,14%	10%	4,81%	10%	5,95%	10%	5%	5,30%	0
5	Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	1
6	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	55%	44,09%	50%	43,48%	50%	54,11%	50%	53,08%	53,08%	1

c). Pencapaian Unit Kerja

1). Direktorat Medik dan Keperawatan

Instalasi Rawat Jalan

Unit Pelayanan	Pencapaian 2017	Target 2018	Pencapaian 2018	Rerata Pertumbuhan
K.PSIKIATRIK DEWASA	26.320	28952	29515	1,25
K. PSIKIATRI ANAK DAN REMAJA	924	1.016	1517	1,83
K. PSIKIATRI GERIATRI	1721	1893	2418	1,57
K. MENTAL ORGANIK	1427	1569	2458	1,92
K. PSIKIATRI ADIKSI	213	234	329	1,73
K. PSIKIATRI FORENSIK	639	702	1699	2,97
K. MEDICAL CHECK UP (MCU)	797	876	971	1,36
K. PENYAKIT DALAM	1906	2.096	1507	0,88
K. BEDAH	601	661	342	0,64
K. SARAF	4690	5.159	4764	1,13
K. Konsultasi GIZI	93	102	20	0,24
K. PSIKOLOGI	1060	1.166	1154	1,22
K. T H T		0	0	0,00
K. KESEHATAN GIGI DAN MULUT	726	798	801	1,23
K. REHABILITASI MEDIK	9967	10.963	9749	1,09
K. KULIT KECANTIKAN	245	269	45	0,21
Total	51.329	56.456	57289	1,25

Beberapa klinik yang menyumbangkan kenaikan kinerja rawat jalan antara lain :

- Klinik Psikiatri Forensik, karena adanya permintaan pemeriksaan kesehatan rohani untuk berbagai keperluan misal pencalonan anggota legislatif, calon PKHI (Petugas Kesehatan Haji Indonesia) penerimaan mahasiswa, tes seleksi pegawai atau pejabat untuk instansi pemerintahan.
- Klinik Psikiatri Dewasa, karena adanya peningkatan jumlah promosi kesehatan di luar Rumah Sakit, kesadaran masyarakat yang semakin meningkat tentang gangguan kesehatan jiwa serta peningkatan jejaring pelayanan dengan PPK 1 dan PPK 2.
- Klinik Psikiatri Anak dan Remaja meningkat karena adanya kesadaran masyarakat yang semakin meningkat tentang gangguan kesehatan jiwa sebagai hasil dari promosi kesehatan diluar RS yang gencar dilakukan serta peningkatan jejaring pelayanan dengan PPK 1 dan PPK 2.

- Klinik Psikiatri Geriatri meningkat karena adanya peningkatan jumlah promosi kesehatan di luar Rumah Sakit, kesadaran masyarakat yang semakin meningkat tentang gangguan kesehatan jiwa serta peningkatan jejaring pelayanan dengan PPK 1 dan PPK 2. Adanya gedung tersendiri yang menyediakan layanan *daycare geriatri* membuat pasien merasa lebih nyaman sehingga angka kunjungan meningkat.
- Klinik Psikiatri Mental Organik dengan meningkatnya jumlah kasus dan peningkatan ketaatan kontrol.
- Klinik Medical Check Up, karena adanya permintaan tes kesehatan untuk pegawai internal, termasuk untuk berbagai keperluan misal pencalonan anggota legislatif, tes permohonan pekerjaan.
- Klinik Psikiatri Adiksi, karena adanya peningkatan jumlah promosi kesehatan di luar Rumah Sakit, kesadaran masyarakat yang semakin meningkat tentang gangguan kesehatan jiwa akibat NAPZA dan terbinaanya jejaring kerjasama dengan BNN (Badan Narkotika Nasional).
- Klinik Psikologi, karena adanya permintaan pemeriksaan kesehatan rohani untuk berbagai keperluan misal pencalonan anggota legislatif, calon PKHI (Petugas Kesehatan Haji Indonesia) penerimaan mahasiswa, tes seleksi pegawai atau pejabat untuk instansi pemerintahan. Semua tes ini memerlukan pemeriksaan psikologi sehingga berkontribusi terhadap peningkatan kunjungan.
- Klinik Bedah, dokter bedah bisa rutin melayani pasien sehingga angka kunjungan meningkat.
- Klinik Saraf mengalami peningkatan karena ada tambahan dokter spesialis saraf sehingga berkontribusi terhadap peningkatan layanan.

Beberapa klinik yang cenderung stagnan atau mengalami penurunan antara lain:

- Klinik Gizi, disebabkan menurunnya angka rujukan dari dokter untuk konsultasi gizi. Tindak lanjut meningkatkan koordinasi dengan tim dokter melalui Komite Medik tentang pentingnya memberikan rujukan konsultasi gizi untuk pasien yang berisiko.
- Klinik Penyakit Dalam, disebabkan 1 orang dokter spesialis melanjutkan studi konsultan, sehingga angka kunjungan menurun.
- Klinik Kesehatan Gigi dan Mulut : RSJ tidak bisa melayani pasien BPJS karena RS belum mempunyai dokter spesialis gigi sebagai persyaratan dari BPJS, tindak lanjut meningkatkan promosi pentingnya kesehatan gigi, meningkatkan kepatuhan pelaksanaan *Clinical Pathway* tentang pemeriksaan gigi pasien rawat inap.

Klinik Perawatan Kulit : tidak adanya dokter pemberi pelayanan karena promosi jabatan, sehingga tidak bisa memberikan layanan klinik. Tindak lanjut untuk melakukan studi tentang peluang dibukanya kembali klinik tersebut dengan pemenuhan kebutuhan SDM atau peluang lainnya.

INSTALASI RAWAT INAP

Parameter	Target 2017	Realisasi 2017	Target 2018	Realisasi 2018	Tingkat Pencapaian
∑ Pasien MRS	4890	5113	5.134	4.805	93,59%
∑ Pasien KRS	4435	4555	4.600	4.352	94,61%
BOR	80%	76,58%	80%	74,93%	93,66%
LOS	< 42	42,91	< 42	46,41	Tidak tercapai
TOI	7	13,14	7	14,72	Tidak tercapai
BTO	8	6,51	8	6,22	Tidak tercapai
GDR ‰	< 45 ‰	5,05‰	< 45 ‰	3,91‰	Tercapai
NDR ‰	< 25 ‰	3,73 ‰	< 25 ‰	2,99 ‰	Tercapai

BOR tahun 2018 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2017. Faktor penyebabnya adalah :

- Promosi pelayanan tidak terukur dan belum mempunyai pemetaan sasaran yang jelas.
- Penerapan regulasi rujukan berjenjang pasien BPJS.
- Tidak ada penambahan jejaring rujukan pasien di tahun 2018 sehingga tidak membuka peluang penerimaan penambahan kunjungan pasien.

ALOS tidak mencapai target disebabkan oleh :

- koordinasi dan komunikasi terkait informasi KRS pasien kepada keluarga belum optimal
- kemampuan/kapasitas RSJ RW untuk memfasilitasi KRS pasien dengan cara dropping masih terbatas.

INSTALASI BIOMEDIKA

Unit Pelayanan Laboratorium

Indikator Kinerja		2017		2018		
		Target	Realisasi	Target	Realisasi	Pencapaian
Pelaksanaan Pemeriksaan (Pemeriksaan Terlampir)	Pelaksanaan Pemeriksaan	52.652	50.338	58.868	46.352	87,67%
	Pelaksanaan Pengambilan Sampel	10.291	9.887	10.054	9.296	92,46%

Target kinerja tidak tercapai disebabkan oleh :

- tidak ada inovasi layanan
- promosi pelayanan masih kurang
- belum ada sistem yang mendorong untuk kompetisi SDM dalam memajukan pelayanan dan meningkatkan produktifitas kinerja.

Unit Pelayanan Radiologi

Target Pemeriksaan 2017	Realisasi 2017	Target Pemeriksaan 2018	Realisasi 2018	Tingkat Pencapaian
2.216	2.372	2.608	2.205	84,55%

Target pemeriksaan radiologi tidak tercapai disebabkan oleh :

- Belum ada inovasi pemasaran pelayanan sehingga pelayanan masih bersifat pasif, menunggu ada rujukan pasien
- Belum ada sistem yang mendorong untuk kompetisi SDM dalam memajukan pelayanan dan meningkatkan produktifitas kinerja.

Unit Pelayanan Elektromedik

	Target Kunjungan Pasien 2017	Realisasi 2017	Target Kunjungan Pasien 2018	Realisasi 2018	Tingkat Pencapaian
ECG	699	641	734	533	72,62%
EEG	221	413	232	394	169,83%
ECT	318	328	334	632	189,22%
Hi TOP	4,4	0	5	0	0,00%
TOTAL	1241	1382	1305	1559	119,46%

Terdapat 2 jenis pelayanan yang mencapai target dan 2 layanan yang tidak mencapai target, yaitu ECG dan HITOP. ECG menurun disebabkan karena penurunan permintaan akibat beralihnya pasien ke BPJS, sementara terobosan untuk memasarkan produk melalui paket pemeriksaan yang dapat menarik minat konsumen belum dilakukan.

Pelayanan EEG dan ECT mengalami kenaikan karena kebutuhan tindakan yang spesifik meningkat sesuai dengan kelas rumah sakit sebagai PPK III/ rujukan tersier.

Unit Pelayanan Pemeliharaan Alat Kesehatan.

	Target 2017	Realisasi 2017	Target 2018	Realisasi 2018	Tingkat Pencapaian
Pemeliharaan alat kesehatan	366	182	5.235	5.499	105 %
Kalibrasi			400	418	104,5%

Pemeliharaan alat kesehatan jauh lebih baik dari tahun 2017, hal ini terjadi sejak unit tersebut dilakukan perubahan struktur dan manajemen. Upaya untuk memberikan target dan respon time untuk pemenuhan standar akreditasi memberikan dampak positif terhadap pemeliharaan alat medis.

Instalasi Rehabilitasi Medik (Fisik dan Psikososial)

Tabel Kinerja Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik 2018

Target Kunjungan Pasien 2017	Realisasi 2017	Target Kunjungan Pasien 2018	Realisasi 2018	Tingkat Pencapaian	Tingkat Pertumbuhan
30.095	29.119	30.125	28.720	95,34%	98,63%

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

- Layanan rehabilitasi dilaksanakan pada jam kerja di pagi hari. Pada bulan Juni hari kerja 15 hari karena ada cuti bersama hari raya yang lebih lama, sehingga berpengaruh terhadap jumlah kunjungan pasien.
- Berkurangnya jumlah SDM karena memasuki masa purna tugas dan belum ada pengganti, berdampak pada kemampuan tampung pelayanan pasien.
- Beberapa SDM diperbantukan untuk memberikan pelayanan penunjang di klinik rawat jalan dan rawat inap pada waktu yang juga diperlukan untuk pelayanan pasien di unit sendiri.

INSTALASI PKRS

	Target 2017	Realisasi 2017	Target 2018	Realisasi 2018	Tingkat Pencapaian
Penyuluhan di Luar RS	12	30	12	27	225,00%

Target Penyuluhan di RS	34	36	40	40	100 %
Pembinaan Lansia	12	13	15	16	106,7 %
Pembinaan Layanan di PPK primer dan sekunder	48	50	55	56	101,8 %
Pembinaan KPSI (Komunitas Peduli Skizofrenia Indonesia)	2	2	3	3	100 %

Target dan pertumbuhan kegiatan di Instalasi PKRS dapat dicapai dengan baik. Faktor yang berkontribusi adalah komitmen SDM dan sistem monitoring dan evaluasi yang dilakukan cukup optimal.

Diperlukan peningkatan peran Instalasi PKRS dalam promosi kesehatan yang menunjang kunjungan dan rujukan pasien serta peran masyarakat untuk peningkatan kesadaran tentang penanganan gangguan jiwa yang lebih dini dan holistic. Kegiatan penyuluhan dan promosi PKRS diharapkan dapat lebih terukur dengan parameter output yang lebih baik.

INSTALASI FARMASI

No	Indikator Kinerja	2017		2018			Analisis	Usulan Tindak Lanjut
		Target	realisasi	Target	Realisasi	Capaian		
1	Waktu Tunggu Obat Jadi	≤ 30 menit	16,93 menit	≤ 30 menit	29,04 menit	tercapai	Komitmen SDM untuk memperbaiki mutu cukup baik. Pemenuhan sarana prasarana untuk mendukung pencapaian mutu telah dilakukan secara bertahap.	Meningkatkan kembali lama waktu tunggu obat jadi ≤ 20 menit. Penambahan SDM Perbaikan dan pengembangan IT pendukung sistem pelayanan.
2	Kepatuhan terhadap Formulium Nasional	≤ 90%	98,55%	≤ 90%	97,15%	tercapai	Komitmen dan koordinasi SDM yang terkait berjalan dengan baik.	Mengoptimalkan kembali pemakaian obat-obat farmasi dengan koordinasi antara unit-unit yang berhubungan dengan proses pengadaan obat serta berkoordinasi dengan komite medik dan staf medis fungsional melalui Panitia Farmasi dan Terapi
3	Waktu Tunggu Racikan	≤ 60 menit	31,59 menit	≤ 60 menit	39,84 menit	tercapai	Komitmen SDM untuk memperbaiki mutu cukup baik. Pemenuhan sarana prasarana untuk mendukung	Meningkatkan kembali lama waktu tunggu obat jadi ≤ 45 menit. Penambahan SDM Perbaikan dan

							pecapian mutu telah dilakukan secara bertahap.	pengembangan IT pendukung sistem pelayanan.
4	Formularium RS Update 3 Tahun Sekali	100%	100%	100%	100%	tercapai	Formularium RS yang terakhir terbit pada akhir tahun 2016. Tahun 2019 adalah waktu penerbitan Formularium RS selanjutnya.	Berkoordinasi dengan Panitia Farmasi dan Terapi untuk pembuatan Formularium RS yang baru.
5	Pelabelan High Alert Medicines (HAM)	100%	100%	100%	91,62%	Tidak tercapai	Label HAM pada tahun 2018 sebagian masih dibuat sendiri secara manual oleh staf farmasi. Hal ini menyebabkan beban kerja yang bertambah dan menurunnya capaian kinerja.	Mengajukan usulan pengadaan label HAM untuk meningkatkan capaian target kinerja.
6	Ketepatan Pelayanan Farmasi	100%	100%	100%	100%	tercapai	Komitmen dan koordinasi SDM yang terkait berjalan dengan baik	Meningkatkan kemampuan SDM dan sarana prasarana agar capaian kinerja tetap terjaga.
7	Ketepatan penulisan Resep Sesuai Formularium RS	100%	100%	100%	98,98%	Tidak tercapai	Beberapa item obat non-psikiatri yang digunakan dalam terapi belum masuk Formularium RS tahun 2016 (edisi terakhir) dan juga penggunaan SIM Farmasi yang baru pada tahun 2018 yang masih memerlukan penyesuaian sistem penghitungan resep-resep yang sesuai dengan formularium RS.	Meningkatkan koordinasi dengan staf medis fungsional non-psikiatri. Mengupayakan pembaruan formularium setiap satu tahun sekali.
8	Ketepatan Penyimpanan Perbekalan Farmasi	100%	57,14%	100%	52,72%	Tidak tercapai	Masih adanya sistem distribusi secara floor stock di luar unit instalasi farmasi menyebabkan penyimpanan perbekalan farmasi yang kurang tepat.	
9	Tidak ada obat kedaluarsa di unit pelayanan	100%	100%	100%	100%	tercapai	Pelaksanaan sistem recall obat-obat kedaluarsa telah berjalan baik sehingga capaian kinerja mencapai 100%	Optimalisasi sistem recall obat-obat kedaluarsa dengan pemanfaatan SIM Farmasi dan koordinasi antar unit layanan farmasi dan juga dengan unit-unit pelayanan yang lain.

1. Kegiatan Pelayanan Farmasi Klinik

2.1 Kegiatan farmasi klinik di ruang Kenanga

Kegiatan farmasi klinik secara penuh baru dapat dilaksanakan di ruang Kenanga mengingat keterbatasan SDM farmasi saat ini. Sistem distribusi perbekalan farmasi yang masih belum seragam di seluruh unit pelayanan (ada unit pelayanan yang memakai sistem floor stock, yaitu IGD dan Kamar Operasi) juga menyebabkan kurang maksimalnya pelayanan farmasi klinik pada tahun 2018. Dibandingkan dengan tenaga penunjang lain seperti nutrisisionis, tingkat penulisan CPPT oleh apoteker di ruang rawat inap masih sangat jauh. Hal ini disebabkan jumlah apoteker yang masih kurang.

2. Kegiatan Pengelolaan Perbekalan Farmasi

2.1. Monitoring kondisi di tahun 2018 :

(1) Perencanaan & pengusulan pengadaan :

- a. Proses pengadaan pada tahun 2018 ini mulai dilaksanakan dalam jangka waktu tiga bulanan. Penetapan jangka waktu tiga bulan ini didasari dengan pertimbangan:
 - adanya fluktuasi trend pemakaian obat dan alkes yang menuntut proses pengadaan dilaksanakan dalam jangka waktu yang lebih pendek
 - terbatasnya masa kedaluarsa obat (rata-rata 2 tahun setelah tanggal produksi) yang mengharuskan *stok on hand* dibatasi sesuai dengan kebutuhan jangka pendek.
- b. Perencanaan yang dibatasi oleh pagu anggaran dan juga masa tutup buku laporan keuangan menyebabkan beberapa usulan kebutuhan obat terutama pada kuartal 4 tahun 2018 tidak bisa terealisasi dan pelayanan resep menjadi terganggu. Perhitungan pagu anggaran memang berdasarkan RBA yang diajukan beberapa bulan sebelumnya oleh Instalasi Farmasi, tetapi mengingat kebutuhan obat dan BMHP memiliki dinamika yang dinamis, fluktuasi kunjungan pasien yang di luar prediksi, fluktuasi harga obat dan ketersediaannya yang terkadang juga mengalami pergeseran.

(2) Penerimaan :

- a. Beberapa *item* merupakan produk yang baru diproduksi karena pihak produsen/*principal* pemenang e katalog baru menerima pengumuman pemenang lelang e katalog sehingga mereka baru pertama kali memproduksi obat tersebut, sehingga pihak *principal* tersebut berani menyebutkan tanggal kadaluarsa obat (*Exp. Date*) hanya dua tahun dari

tanggal produksi (*Mgf. Date*). Proses selesai produksi, penerimaan *uploadan e purchasing*, pendistribusian dan pengiriman sampai ke RSJ Lawang memerlukan waktu sehingga pada saat obat diterima di gudang Instalasi Farmasi RSJ Lawang akan terlihat bahwa tanggal kadaluwarsa obat yang dikirim/diterima adalah kurang dari dua tahun (tidak sesuai SPO penerimaan obat). Jika pihak RSJ Lawang ingin meretur dan ditukar dengan obat yang tanggal kadaluwarsanya minimal dua tahun maka harus menunggu proses produksi berikutnya di pabrik karena stok yang ada di pabrik dan distributor saat ini adalah tanggal kadaluwarsanya kurang dari dua tahun.

- b. Beberapa proses penerimaan BMHP usulan dari instalasi lain di luar instalasi farmasi terkadang mengalami kesulitan karena pihak gudang farmasi dan pejabat atau panitia penerima barang dan jasa RSJ Lawang belum menerima informasi secara lisan ataupun tulisan dari PPK (Pejabat Pembuat Komitmen) dan ULP (Unit Layanan Pengadaan), serta pihak rekanan pengirim barang seringkali tidak membawa salinan surat pesanan PPK.

(3) Penyimpanan :

- a. Penyimpanan belum sesuai dengan standar Permenkes dan standar akreditasi karena beberapa usulan renovasi gedung farmasi dan pengadaan sarpras penyimpanan belum realisasi. Adapun penyimpanan obat emergensi dan operasional ruangan (*WFS/Ward Floor Stock*) di luar Instalasi Farmasi juga merupakan tanggung jawab Instalasi Farmasi juga belum tersedia fasilitas penyimpanan yang memadai. Sebenarnya petugas farmasi dalam kegiatan monev pengelolaan obat emergensi dan persediaan ruangan telah merekomendasikan usulan fasilitas penyimpanan seperti AC, almari es suhu vaksin, almari B3, dan sebagainya kepada kepala unit/ruangan, sedangkan yang mengusulkan pengadaan seharusnya kepala masing-masing unit tersebut, bukan instalasi farmasi.
- b. Kulkas/almari es *non-pharmaceutical grade* di unit pelayanan farmasi masih digunakan. Pengusulan almari es *pharmaceutical grade* akan dilakukan pada tahun 2019.

(4) Pendistribusian :

- a. SDM di satelit farmasi kurang mentaati administrasi permintaan obat dan BMHP ke gudang obat dan gudang BMHP (permintaan dari satelit farmasi ke gudang farmasi tidak mencantumkan nama dan tanda tangan petugas).

- b. Permintaan distribusi obat dan BMHP dari satelit farmasi ke gudang obat masih bersifat harian (belum bisa mingguan atau bulanan yang dapat mengurangi beban frekuensi pendistribusian) karena keterbatasan lokasi penyimpanan di satelit farmasi dan stok di gudang yang belum tentu mencukupi (karena masih proses pengadaan, pengiriman, kesalahan perencanaan, atau keterbatasan anggaran).
- c. Di Instalasi Farmasi belum ada tenaga caraka untuk proses pengiriman/distribusi obat dan BMHP dari gudang ke satelit farmasi dan antar satelit farmasi, sementara dirangkap tenaga kebersihan dengan jam kerja setengah hari, selebihnya dikerjakan petugas gudang sendiri.
- d. Pemantauan sebaran/distribusi stok obat BMHP di masing masing satelit farmasi dilakukan secara rutin, agar terpetakan proses *FEFO (First Expired First Out)*, karena antar satelit farmasi berbeda *item fast moving* nya, untuk meminimalkan sediaan kadaluwarsa.

(5) Verifikasi penagihan obat dan BMHP :

- a. Administrasi penagihan kuitansi di RSJ Lawang memerlukan verifikasi yang cukup panjang dan terkadang petugas tidak ada di tempat dan tidak ada tenaga penggantinya. Hal ini yang sering dikeluhkan rekanan.
- b. Pintu pertama verifikasi penagihan kuitansi obat dan BMHP adalah di gudang farmasi yang dilakukan oleh petugas farmasi yang ditunjuk atau petugas gudang farmasi atau koordinatornya. Proses ini berlangsung lancar. Kesalahan dalam melaksanakan verifikasi yang mungkin terjadi adalah kesalahan pembukuan jenis mata anggaran, obat tertukar dengan BMHP atau sebaliknya, yang berakibat pada kesalahan pelaporan pengelolaan perbekalan farmasi.

(6) Pengendalian :

- a. Antisipasi stok triwulan dengan *buffer stock* (stok penyangga) : Stok penyangga yang diperhitungkan dalam perencanaan ternyata belum sesuai dengan kebutuhan pelayanan resep (sebagian sesuai, sebagian kurang, sebagian berlebih). Telah diupayakan substitusi melalui konfirmasi kepada dokter penulis resep dan sosialisai persediaan farmasi. Pada saat akhir tahun farmasi berusaha mengusulkan tambahan *buffer stock* untuk menyangga stok di awal tahun, tetapi tidak semua item yang diusulkan bisa diadakan karena berbagai faktor sehingga terjadi kekurangan stok pada beberapa *item*. Farmasi bersama PFT dan Komite Medik telah melaksanakan rapat koordinasi

untuk meninjau ulang penghitungan stok penyangga, yaitu 100 % untuk obat-obat tertentu yang merupakan *fast moving*, akan tetapi semua itu akan dikembalikan kepada anggaran yang tersedia.

- b. Antisipasi stok kosong dengan MOU dengan apotek dan IFRS terdekat (Instalasi Farmasi Rumah Sakit) : MOU kerja sama pembelian obat dan BMHP jika stok RSJ Lawang telah dibuat dengan apotek Yuwandi, sedangkan MOU peminjaman obat BMHP dengan Instalasi Farmasi dengan Instalasi Farmasi RSUD Lawang. Hal-hal yang harus diperbaiki dalam MOU pembelian obat BMHP adalah masalah teknis penagihan atau pembayaran.
- c. Antisipasi stok habis di satelit farmasi 24 jam dengan pengaturan akses gudang : setiap sore setelah selesai jam kerja *non shift* maka petugas piket gedung farmasi belakang akan melaksanakan serah terima kunci gedung kepada petugas *shift* 24 jam secara tertulis.
- e. Antisipasi selisih stok dengan melaksanakan *stock opname* setiap tiga bulan sekali, pemasangan CCTV, dan pengoptimalan software farmasi : Mutasi stok obat BMHP dapat dilihat secara rinci di kartu stok software farmasi, yang berguna bagi penelusuran selisih stok per *item*.
- f. Antisipasi stok rusak dengan fasilitas penyimpanan dan pengaturan pengiriman dari rekanan : pengiriman obat BMHP dari distributor dapat diatur dengan syarat tidak melanggar kontrak yang dibuat PPK, untuk menghindari penumpukan barang di gudang dan rusak selama penyimpanan. Tetapi volume pemakaian obat-obat rutin psikiatri yang sangat besar rata-rata per hari menyebabkan alokasi stok yang sangat besar juga untuk kesehariannya, sehingga stok di gudang tetap harus banyak. Selain psikiatri, farmasi juga harus menyediakan kebutuhan obat bagi kebutuhan persepan SMF (Staf Medik Fungsional) lainnya.
- g. Antisipasi kebakaran dengan alarm kebakaran, penyediaan APAR dan Hidran, serta pelatihan dan sosialisasi kesiapsiagaan bencana : dilakukan dan diulang secara berkala, dilakukan pengecekan kondisi alarm, APAR, hidran dan sarana penyimpanan. Farmasi pernah mengusulkan *smoke detector* sebagai deteksi dini adanya asap, yang terhubung dengan alarm kebakaran di RSJ Lawang, tetapi belum realisasi.
- h. Antisipasi kadaluwarsa dengan pengaturan pengiriman bertahap, penerimaan obat BMHP dengan waktu kadaluwarsa minimal dua tahun kecuali vaksin dan serum, kebijakan retur/*replace* : Tiap distributor/principal/rekanan memiliki kebijakan retur masing masing sehingga farmasi harus teliti dan tidak boleh lengah. Telah diupayakan peringatan retur ini dimasukkan dalam dalam

software farmasi sehingga tidak terlupa waktunya retur, namun masih memerlukan perbaikan dalam aplikasi sistemnya. Beberapa yang telah diambil adalah meretur/mengembalikan obat BMHP sesuai ketentuan rekanan dan diganti dengan *item* yang diperlukan dengan kondisi fisik baik dan belum kadaluwarsa, dengan total nilai rupiah yang sama (proses ini dikenal dengan istilah *replace*).

- i. Antisipasi barang palsu : Tidak semua obat dalam Formularium Nasional dan Formularium Rumah Sakit tersedia pemenang e katalog, begitu pula dengan BMHP. Untuk produk yang tidak tersedia e katalog dan sangat dibutuhkan bagi pelayanan maka farmasi merekomendasikan kepada PPK dan ULP untuk memilih rekanan yang merupakan distributor berijin resmi dan legal untuk produk obat BMHP, agar terhindar dari produk palsu. Para apoteker di Instalasi Farmasi RSJ Lawang sebanyak tiga orang telah direkrut BPOM sebagai petugas pemantau obat palsu dan substandar melalui aplikasi *online MPO5* yang merupakan *pilot project* dari WHO PBB.
 - j. Antisipasi kesalahan *entry* obat BMHP : kesalahan *entry* resep oleh petugas farmasi terutama pasien umum tidak hanya menyebabkan kesalahan laporan keuangan dan stok, tetapi juga bisa merugikan pasien (jika tagihan obat menjadi lebih mahal dari yang seharusnya), dan merugikan rumah sakit (jika tagihan obat ditulis lebih murah dari yang seharusnya). Ketelitian petugas pada saat *entry* masih belum konsisten dan proses *double check* belum dilaksanakan secara disiplin karena kekurangan SDM.
 - k. Antisipasi penyerangan petugas farmasi terutama *shift* malam : petugas shift malam di satfar farmasi 24 jam rawan penyerangan oleh oknum pasien karena stok obat yang merupakan psikofarmaka yang sering disalahgunakan, posisi satpam yang agak jauh, *panic button* yang rusak (telah diusulkan perbaikan), belum dipasang teralis (telah diusulkan), kkordinasi CCTV yang belum jelas.
- (7) Penarikan, Pengamanan, dan Usulan
- a. Pemantauan kondisi obat dan BMHP yang ada dalam persediaan Instalasi Farmasi, obat emergensi, dan persediaan ruangan dilakukan secara rutin oleh petugas yang ditunjuk dengan cara melihat secara fisik dan memantau di *software* farmasi.
 - b. Penarikan dan pengamanan untuk obat rawat jalan dilaksanakan maksimal satu bulan sebelum tanggal kadaluwarsa, sedangkan untuk obat emergensi gawat darurat, tindakan operasi, dan obat rawat inap dilaksanakan maksimal dua minggu sebelum tanggal kadaluwarsa. Obat BMHP yang tidak bisa diretur dan tidak bisa digunakan lagi (rusak, kadaluwarsa, mendekati

kadaluwarsa) dicatat dan diamankan di dalam ruangan tersendiri di Instalasi Farmasi dan terkunci dengan kunci dipegang oleh Apoteker Koordinator Pengelolaan Perbekalan Farmasi yang bertanggung jawab kepada Kepala Instalasi Farmasi, untuk selanjutnya diusulkan pemusnahan/penghapusan.

- c. Usulan penghapusan disampaikan setiap tiga bulan sekali. Sampai akhir tahun 2018 belum pernah dilaksanakan pemusnahan/penghapusan.

(8) Dispensing Obat Non Steril

Dispensing obat non steril hanya bersifar *repacking* yaitu pengemasan kembali ke dalam volume yang lebih kecil, misalnya alkohol 70 % dari kemasan satu liter dibagi menjadi kemasan 100 mL, *clenser dan toner* kecantikan Klinik Kulit dari kemasan satu liter menjadi botol 100 mL (100 cc), dan sebagainya.

2.2. Analisis & Evaluasi kegiatan :

2.2.1. Analisis

Perencanaan belum tepat, belum memenuhi kebutuhan pelayanan medik 100 %

2.2.2. Analisa penyebab :

(1) SDM :

- a. Keterbatasan kemampuan SDM perencanaan dalam berkoordinasi dengan para dokter terkait sehingga tidak semua *item* yang dibutuhkan masuk perencanaan
- b. Keterbatasan kemampuan menyusun RBA yang berdampak pada nilai anggaran yang diturunkan untuk perencanaan

(2) Peralatan : SIM Farmasi masih memerlukan pengembangan dan juga pemeliharaan untuk lebih dapat menjawab kebutuhan pelayanan.

(3) Metode/sistem : Perencanaan terlalu berpedoman pada e katalog yang sedang berlaku, tanpa memperhitungkan kemungkinan seluruh kebutuhan, termasuk antisipasi jika ada perubahan/penambahan *item* ekatalog yang harga belinya lebih mahal

(4) Anggaran : Pembatasan anggaran sesuai dengan RBA yang diusulkan SDM perencanaan farmasi beberapa bulan sebelumnya menyebabkan penghitungan kebutuhan sesuai anggaran saja, tidak sesuai riil kebutuhan, yang mana kebutuhan tersebut terkadang berdasarkan fluktuatif kasus dan dinamika persepsan terjadi peningkatan kebutuhan obat dan BMHP, dari segi volume dan *item* (selama masih sesuai Formularium Nasional & Formularium Rumah Sakit serta e katalog).

2.2.3. Hambatan/kesulitan yang dihadapi :

- (1) Kesulitan koordinasi dengan dokter-dokter terutama non psikiatri
- (2) Belum ada standar BMHP dan APD
- (3) Formularium Nasional yang belum memenuhi kebutuhan pelayanan di RSJ Lawang
- (4) Fluktuasi pelayanan non psikiatri dengan riwayat kasus/empirik yang belum kuat
- (5) Belum ada *guidline* penggunaan antibiotik, peta pola kuman, laboratorium mikrobiologi, serta tim PPRA belum optimal dalam melaksanakan tugas
- (6) Panduan Praktek Klinik (PPK) yang berumur lebih dari dua tahun
- (7) Keterbatasan anggaran obat dan BMHP
- (8) Polifarmasi yang belum pernah diteliti efektivitas, efisiensi, dan safety nya.
- (9) Birokrasi administrasi yang belum efisien
- (10) Kemampuan manajerial farmasi yang terbatas
- (11) Usulan-usulan yang belum realisasi
- (12) Jumlah ketenagaan yang belum sesuai standar PerMenKes (1 apoteker : 30 pasien rawat inap, 1 apoteker : 50 pasien rawat jalan)
- (13) Kemampuan SDM yang kurang optimal

2.3. Usulan Rencana Tindak Lanjut :

- (1) Tindak lanjut usulan-usulan yang belum realisasi
- (2) Menyusun RBA seoptimal mungkin
- (3) Meningkatkan koordinasi internal dan eksternal
- (4) Meningkatkan kegiatan monitoring dan evaluasi kegiatan kefarmasian
- (5) Melanjutkan evaluasi SPO sesuai peraturan terbaru dan yang mampu laksana
- (6) Melaksanakan evaluasi Formularium Rumah Sakit setiap satu tahun sekali
- (7) Melaksanakan penelitian sebagai salah satu alat untuk mengambil keputusan
- (8) Meningkatkan kemampuan dan ketrampilan SDM sesuai fasilitas yang ada
- (9) Melaksanakan manajemen risiko sesuai peraturan
- (10) Melaksanakan evaluasi indikator mutu sesuai peraturan

3. Kegiatan Pengendalian Mutu dan Manajemen Risiko

3.1. Analisis

- (1) Pelabelan HAM (*High Alert Medication*) belum konsisten dilaksanakan karena kekurangan sarana dan prasarana. Usulan pengadaan label HAM baru terealisasi pada pertengahan tahun 2018.
- (2) Penyimpanan belum optimal karena masalah fasilitas.
- (3) Kesadaran petugas yang masih kurang terkait penggunaan almari es di ruangan untuk penyimpanan obat emergensi

3.2. Evaluasi

- (1) Pelabelan HAM harus selalu dimonitor supaya konsisten
- (2) Usulan fasilitas, sarana prasarana penyimpanan harus segera ditindaklanjuti. Fasilitas yang sudah ada harus dilaksanakan pemeliharaan rutin terutama masalah validasi, kalibrasi, tera, sehingga kerusakan sekecil apapun dapat segera diketahui dan diusulkan perbaikan dan tidak mengganggu kelancaran pelayanan.

3.3. Usulan Tindak Lanjut

- (1) Mengusulkan definisi operasional yang baru ntuk waktu tunggu layanan obat sesuai peraturan yang berlaku
- (2) Mengusulkan pengadaan label HAM
- (3) Menindaklanjuti usulan fasilitas yang belum realisasi
- (4) Mengusulkan dan melakukan pemeliharaan rutin

INSTALASI GAWAT DARURAT

Indikator		2017		2018		
		Target	Realisasi	Target	Realisasi	Pencapaian
Pelayanan IGD	Jumlah kunjungan pasien IGD	5231	5055	5156	4826	93,6%

Jumlah kunjungan pasien IGD tahun 2018 tidak mencapai target, dan lebih rendah dibandingkn tahun 2017. Faktor yang menjadi penyebab diantaranya adalah :

- belum ada inovasi pelayanan yang signifikan
- promosi dan koordinasi dengan jejaring pelayanan rujukan belum optimal.
- Data survey kepuasan pelanggan menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pelanggan di IGD adalah 78,53% lebih rendah dari standar yang diharapkan yaitu 80% dan juga rerata tingkat kepuasan pasien di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat sebesar 82,22%.

INSTALASI GIZI

Indikator Kinerja		2017		2018		
		target	realisasi	Target	realisasi	capaian
Pelayanan Gizi	Porsi pelayanan gizi rawat inap dan porsi diet rawat inap	620.769	674.658	595.234	577.524	97,02%
	Asuhan gizi rawat inap	11.204	11.639	12.057	12.574	104,3%

Pelayanan Instalasi Gizi tahun 2018 tidak mencapai target, hal ini disebabkan :

- BOR dan jumlah hari perawatan di Instalasi Rawat Inap turun.
- Tidak ada pelayanan lain selain pelayanan rawat inap, sehingga tidak memungkinkan perbaikan/pencapaian target dengan kompensasi.

INSTALASI BEDAH

Indikator		2017		2018		
		Target	Realisasi	Target	Realisasi	Pencapaian
Pelayanan Bedah	Tindakan OK	100	96	105	65	61,9%

Pencapaian kinerja Instalasi Bedah tahun 2018 tidak mencapai target dan lebih rendah dibandingkan dengan tahun 2017, disebabkan oleh :

- Perubahan sistem rujukan BPJS, berdampak PPK I tidak lagi bisa merujuk ke RSJ RW.
- Pertumbuhan kompetitor pelayanan type D dan C yang bisa langsung menangkap peluang rujukan pasien BPJS.
- Value yang terdapat pada pelayanan non psikiatri, yaitu pelayanan yang holistik dan memberikan sentuhan pada aspek kejiwaan, belum sepenuhnya dapat disampaikan ke masyarakat, dalam hal ini konsep promosi perlu perbaikan.

INSTALASI NAPZA

Unit Pelayanan Rawat Inap

	2017		2018	
	Target	Realisasi	Target	Realisasi
Jumlah pasien MRS	480	320	300	192
BOR	≥ 70%	48,50%	≥ 70%	43,50%
ALOS	90 hari	64 hari	90 hari	57,1 hari
Jumlah hari perawatan	17.885	7.443	7.665	4.370

Kunjungan pasien dan BOR pelayanan NAPZA tidak tercapai karena ada perubahan kebijakan di BNN, sebagai institusi yang selama ini menjadi kontributor utama untuk pengiriman pasien. Tetapi pada akhir tahun 2018 RSJ RW telah mengupayakan bekerjasama dan menjalin komunikasi dan koordinasi dengan BNNK dan kepolisian untuk meningkatkan kunjungan.

Unit Pelayanan Rawat Jalan

K. NAPZA	2017		2018		% Pencapaian	% Pertumbuhan
	Target	Pencapaian	Target	Pencapaian		
	212	213	222	329	148,20%	54,46%

Kunjungan rawat jalan NAPZA mencapai target.

2). Direktorat SDM dan Pendidikan

1. Kinerja Bagian SDM

Pada Tahun 2018 didapatkan gambaran ketenagaan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai berikut :

Keadaan Ketenagaan Per Akhir Desember 2018

Jumlah Pegawai Menurut Jabatan

NO.	Uraian	L	P	PNS	L	P	Non PNS	TOTAL
1.	MEDIS	18	35	53	1	7	8	61
2.	KEPERAWATAN	167	187	354	38	19	57	411
3.	PENUNJANG MEDIS	38	69	107	7	9	16	123
4.	ADMINISTRASI	115	57	172	42	20	62	234
5.	JUMLAH	338	348	686	88	55	143	829

Jumlah Pegawai Menurut Pendidikan

NO.	URAIAN	L	P	PNS	L	P	NON PNS	TOTAL
1.	S3	0	0	0	0	0	0	0
2.	S2	15	21	36	1	4	5	41
3.	S1	91	111	202	4	14	18	220
4.	D4	10	28	38	0	0	0	38
5.	D3	124	157	281	47	28	75	356
6.	D1	2	0	2	3	0	3	5
7.	Sekolah Menengah Atas (SMA)	91	33	124	33	9	42	166
8.	Sekolah Menengah Pertama (SMP)	2	0	2	0	0	0	2
9.	Sekolah Dasar (SD)	1	0	1	0	0	0	1
10.	JUMLAH	336	350	686	88	55	143	829

Jumlah Pegawai Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat

No.	Uraian	L	P	Total
1.	PNS	338	348	686
2.	BLU	0	1	1
3.	KONTRAK :			
	KONTRAK WAKTU TERBATAS	80	48	128
	KONTRAK DOKTER JAGA IGD	1	3	4
	KONTRAK HARIAN LEPAS	5	0	5
	KONSULTAN	2	3	5
	JUMLAH	426	403	829

Capaian sesuai perjanjian kinerja tahun 2018 sebagai berikut :

3).Evaluasi Tingkat Kepuasan Pegawai

Kondisi yang dicapai saat ini

Evaluasi Kepuasan pegawai yang dilaksanakan pada Tahun 2018 dengan membagikan *google form* kepada Pegawai RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Adapun hasilnya dapat digambarkan sebagai berikut,

IKU	Satuan	TAHUN 2017			TAHUN 2018		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Stakeholder							
Tingkat Kepuasan Pegawai	jumlah	>80 %	86,2	100%	>80 %	87,15	100%

Permasalahan :

Kegiatan tercapai sesuai target yang telah di tetapkan namun dalam pelaksanaannya pengisian survei kepuasan pegawai melalui *google form* tidak tepat waktu sehingga menyebabkan proses kompilasi dan analisisnya menjadi terlambat.

Tindak Lanjut:

Survey kepuasan pegawai dilakukan dengan meningkatkan komunikasi dan koordinasi untuk ketepatan waktu pengisian *google form*.

16). Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja

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

I K U	Satuan	TAHUN 2017			TAHUN 2018		
		TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Perspektif Proses Bisnis							
Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja	Prosentase	80%	77,85%	77,85%	80%	80.71%	100,89 %

Permasalahan,

Penilaian implementasi budaya kerja pegawai sudah dilakukan secara elektronik dengan menggunakan *google form* namun dalam pelaksanaannya pengisiannya tidak tepat waktu.

Tindak Lanjut :

1. Mengevaluasi sistem penilaian implementasi dan indikator penilaian budaya kerja, mengundang konsultan budaya kerja dalam rangka koordinasi dengan tim budaya kerja;
2. Sosialisasi indikator penilaian budaya kinerja.

Pencapaian Bagian SDM :

Kondisi yang dicapai :

INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2017			TAHUN 2018		
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Terlaksananya capacity building	1 pkt/th	1 pkt/th	100%	1 pkt/th	1 pkt/th	100%
Terlaksananya benchmarking	1 pkt/th	1 pkt/th	100%	1 pkt/th	1 pkt/th	100%
Evaluasi program AoC	1 pkt/th	1 pkt/th	100%	1 pkt/th	1 pkt/th	100%
Jumlah pengelolaan kesejahteraan SDM	7 keg/th	7 keg/th	100%	8 keg/th	8 keg/th	100%

Permasalahan :

1. Terlaksananya capacity building
Kegiatan sesuai target yang telah ditetapkan namun kegiatan tersebut untuk memberikan motivasi dan penguatan komitmen pejabat struktural dan fungsional kegiatan ini tetap dijadwalkan secara berkala setiap tahun.
2. Terlaksananya benchmarking
Kegiatan tercapai sesuai target yang telah ditetapkan, namun kegiatan tersebut tetap dijadwalkan untuk membandingkan dan belajar dari institusi lain yang mempunyai fasilitas yang lebih baik.
3. Terlaksananya Peringatan Hari Kartini Tahun 2018 (evaluasi program AoC) dengan tujuan untuk menciptakan lingkungan kerja yang membuat pegawai senantiasa selalu loyal dan mendukung visi atasannya.
4. Jumlah pengelolaan kesejahteraan pegawai
Kegiatan pengelolaan kesejahteraan pegawai yang meliputi pengelolaan BPJS, TASPEN, cuti pegawai, uangduka, tali asih, pemeriksaan kesehatan pegawai, uang makan pegawai PNS dan pengelolaan pegawai Non PNS sudah sesuai dengan target kecuali untuk pengelolaan taspen tidak tercapai hal ini disebabkan karena formasi CPNS tahun 2018 baru masuk pada Februari 2019.

Usulan Pemecahan Masalah :

1. Kegiatan capacity building ,tetap direncanakan/dijadwalkan secara berkala setiap tahun
2. Kegiatan benchmarking, tetap direncanakan/ dijadwalkan minimal setiap tahun sekali
3. Kegiatan evaluasi AoC (Peringatan Hari Kartini tetap direncanakan/ dijadwalkan minimal setiap tahun sekali
4. Jumlah pengelolaan kesejahteraan SDM .
Kegiatan kesejahteraan pegawai tahun 2018 tercapai, meliputi 8 kegiatan pengelolaan: BPJS, Taspen, cuti pegawai, uang duka, tali asih, pemeriksaan kesehatan berkala, uang pegawai PNS dan pengelolaan pegawai Non PNS. Tercapai sesuai target 8 kegiatan.

Pelaksanaan program unit kerja

Kondisi yang dicapai :

INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2017			TAHUN 2018		
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
Jumlah kegiatan mutasi pegawai	7 keg/th	7 keg/th	100%	7 keg/th	7 keg/th	100%
Jumlah kegiatan Penatausahaan Pegawai	10 keg/th	10 keg/th	100%	10 keg/th	10 keg/th	100%
Jumlah kegiatan koordinasi Internal dan Eksternal	24 pkt/th	18 keg/th	75%	36	52	144%

Permasalahan :

1. Jumlah kegiatan mutasi pegawai :

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

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

2. Jumlah kegiatan Penata usahaan Pegawai :

Kegiatan penatausahaan pegawai pada tahun 2018 sejumlah 10 kegiatan yang meliputi: pengusulan KARIS/KARSU, pengusulan KARPEG, pembuatan surat tugas, pembuatan Surat Keputusan DIRUT, mengagendakan surat, administrasi kepegawaian lainnya, meng-update SIMKA online, merekap data ketenagaan bulanan, pengusulan kenaikan gaji berkala dan meng-update dan membuat DUK semua kegiatan tercapai sesuai target yang di tetapkan, namun terkait dengan Update SIMKA terdapat kendala kurangnya data pendukung dalam Update SIMKA karena pegawai tidak melapor jika terjadi perubahan data dikarenakan pegawai kurang memahami kepentingan Update SIMKA, seperti : menikah, memiliki anak, tubel/ibel.

3. Jumlah kegiatan koordinasi Internal dan Eksternal

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

Usulan Pemecahan Masalah :

1. Jumlah kegiatan mutasi pegawai :

- a. Meningkatkan koordinasi dengan unit-unit yang akan mengadakan mutasi internal,

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

2. Kinerja Bagian Pendidikan

Pencapaian Kinerja Bagian Diklit tahun 2018 adalah sebagai berikut:

Program	Kegiatan	Satuan	Target 2018	Capaian 2018	% capaian
Perspektif stake holder					
Implementasi dan Evaluasi Tingkat Kepuasan Peserta Didik	Pelaksanaan Evaluasi Kepuasan Peserta Didik	prosentase	80	83	100%
Implementasi dan evaluasi komplain yang ditindaklanjuti	Evaluasi Komplain Pelanggan	prosentase	100	100	100%
Perspektif Proses Bisnis					
Pelaksanaan survailance ISO 9001:2008 dan SNARS ed 1	Penyusunan dokumen ISO dan Akreditasi	paket	2	2	100%
Implementasi IPKP dalam SNARS ed 1	Menyusun kelengkapan dokumen IPKP	paket	1	1	100%
Merealisasikan MoU pendidikan	Penjajakan , perpanjangan dan evaluasi kerjasama dengan institusi pendidikan	kegiatan	44	27	61,36 %
Tingkat pertumbuhan peserta didik	Kegiatan layanan praktikan S1 kedokteran	orang	462	461	99%
	Kegiatan layanan Praktikan /PKL S1 Keperawatan	orang	3525	2158	61,21%
	Kegiatan layanan praktikan/PKL D3	orang	2373	2025	85,34%

	Kegiatan layanan praktikan/PKL S1 , S2 Psikologi , Ldan non medis ain-lain,	orang	297	234	78,79%
	Pelaksanaan kegiatan layanan magang	orang	6	4	66,7%
Prosentase supervisi yang Dilakukan oleh Institusi Jejaring Pendidikan	Supervisi oleh Institusi Jejaring Pendidikan Medis, Keperawatan dan Non Medis	prosentase	60%	48,88%	82%
Implementasi dan evaluasi Indikator Mutu	Monitoring dan evaluasi capaian indikator Mutu Bagian Diklit	kegiatan	12	12	100%
Perspektif SDM dan Organisasi					
Pemenuhan standar kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan	Prosentase pemenuhan standar kompetensi	prosentase	70%	96,7%	100%
	Pendidikan berkelanjutan sub spesialis penyakit dalam	orang	1	1	100%
	Pengurusan surat ijin/tugas belajar	dokumen	83	83	100%
	Monitoring & Evaluasi tenaga terlatih	prosentase	100%	90%	90%
	Peningkatan kompetensi CI	kegiatan	2	2	100%
	Pengembangan kerjasama penelitian	kegiatan	1	0	0%
	Melakukan penelitian yang bersifat inovatif dan mengembangkan pelayanan	kegiatan	2	0	0%
	Publikasi hasil penelitian	kegiatan	2	1	50%
	Pelatihan internal dan eksternal mendukung pengembangan pelayanan rumah sakit	orang	1590	2757	174%
	Rata-rata jam pelatihan pegawai >/= 20 jam pertahun	prosentase	80%	57%	72%
Sistem IT yang terintegrasi antara Bagian Diklit dan Bagian	Membuat dan mengajukan sistem informasi yang	kegiatan	1	0	0%

SDM	terintegrasi antara Bagian Diklit dan Bagian SDM				
Perspektif finansial					
Optimalisasi penggunaan sistem IT	Evaluasi implementasi Sistem Informasi Pelatihan Terpadu	kegiatan	1	1	100%
Peningkatan pendapatan Diklit	Evaluasi capaian pendapatan Diklit				

Analisa capaian Kinerja Bagian Diklit tahun 2018 adalah sebagai berikut :

CAPAIAN KINERJA KEGIATAN	FAKTOR PENYEBAB	TINDAK LANJUT
Hasil survey tingkat kepuasan peserta didik 83 % peserta didik menyatakan puas	Hasil capain survey menurun dibanding tahun lalu karena penurunan kepuasan di akomodasi mahasiswa praktek	Mengkoordinasikan perbaikan akomodasi agar layanan di diklit meningkatkan menjadi lebih baik.
Prosentase pegawai yang memenuhi standar kompetensi tercapai 96,7 %	Prosentase pegawai yang memenuhi standar kompetensi tercapai cukup tinggi karena adanya in house training baru yang diselenggarakan untuk memenuhi persyaratan akreditasi	Mengupayakan kegiatan pelatihan dengan in house training agar lebih banyak SDM yang bisa mengikuti
Merealisasikan MoU pendidikan tercapai 23 %	Evaluasi MoU belum semua terlaksana, namun malah ada penambahan beberapa MoU baru.	Koordinasi dengan institusi pasangan dan pengecekan MoU, melaksanakan lokakarya dengan mengundang semua institusi
Melakukan penelitian yang bersifat inovatif dan berkontribusi untuk peningkatan mutu layanan tercapai 0%	Kurangnya minat pegawai untuk melakukan penelitian	Melakukan sosialisasi adanya anggaran penelitian untuk menarik minat pegawai melakukan Penelitian Membuat kebijakan bahwa peneliti dari luar harus mengikursertakan pegawai RS
Publikasi hasil penelitian tercapai 50%	Publikasi hasil penelitian tercapai 50% dari target karena adanya peneliti dari luar yang bekerjasama dengan RSJ	Mendorong minat pegawai untuk melakukan penelitian melalui sosialisasi anggaran penelitian

Kegiatan layanan Praktikan/PKL S1 Kedokteran tercapai 99 %	Kegiatan Pelayanan praktikan kedokteran masih tergantung dengan jadwal dari institusi asal dan adanya jadwal yang bersamaan di satu periode menyebabkan harus dibatalkannya salah satu institusi untuk praktek turut mengurangi jumlah capaian	Mengkoordinasikan penjadualan lebih awal dengan bersurat ke institusi Melakukan peninjauan kerjasama ke institusi kedokteran baru untuk bekerjasama dengan RSJ
Kegiatan layanan Praktikan /PKL S1 Keperawatan tercapai 61,21 %	Kegiatan layanan praktikan S1 Keperawatan menurun dibanding tahun lalu karena adanya pengurangan jumlah mahasiswa di masing-masing institusi	Meningkatkan kerjasama untuk menjangkau peluang dengan institusi lain
Kegiatan layanan praktikan/PKL D3 Keperawatan tercapai 85,34 %	Penurunan jumlah capaian praktikan D3 Keperawatan dikarenakan pengurangan peminatan akan program D3	Melakukan upaya untuk tetap menjalin kerjasama dalam bentuk lain yang masih memungkinkan untuk bisa dilakukan di RS
Kegiatan layanan praktikan non medis tercapai 78,79 %	Capaian layanan praktikan non medis menurun dibanding tahun lalu karena adanya perubahan kegiatan praktek menjadi kunjungan oleh beberapa institusi	Melakukan upaya untuk tetap menjalin kerjasama dalam bentuk lain yang masih memungkinkan untuk bisa dilakukan di RS
Pelaksanaan kegiatan layanan magang tercapai 66,7%	Kurangnya informasi ke institusi lain institusi lain bahwa di RSJ ada layanan praktik magang	Aktif melakukan promosi layanan praktik magang via surat ke institusi lain
Lokakarya dengan institusi pasangan tercapai 0%	Belum adanya koordinasi antar pokja	Diagendakan pada semester II tahun 2017
Pengurusan surat ijin/tugas belajar tercapai 200 %	Pengurusan surat ijin/tugas belajar meningkat seiring dengan program peningkatan kompetensi sdm	Tetap mengkoordinasikan pengurusan ibel dan tubel secara berkala dengan Kemenkes RI

Prosentase Pegawai yang memenuhi standar Kompetensi :

1) Pendidikan

- a. Medis: Tubel Medis tahun 2018: 11 orang Ibel medis tahun 2018 : -
- b. Keperawatan dan Non Medis: Tubel Keperawatan tahun 2018 :
 - S1 keperawatan : 15 orang
 - S2 keperawatan : 2 orang
 - S1 Kesling : 1 orang

- D4 okupasi terapi : 2 orang
- D4 Fisioterapi : 2 orang
- Program Pendidikan Profesi Spesialis Keperawatan Jiwa : 1 orang
- S2 Farmasi : 1 orang

Ibel Keperawatan dan Non Medis :

- S2 Manajemen : 2 orang
- S1 Keperawatan : 56 orang
- S1 Administrasi Publik : 5 Orang
- S1 Hukum : 1 orang
- S2 Hukum Kesehatan : 1 orang

RPL (Recognisi Pembelajaran Lampau)

- D3 Keperawatan : 6 orang

Jumlah total pegawai yang diterima melanjutkan pendidikan tugas belajar dan ijin belajar: 106 orang

- 2) Jumlah pegawai yang melaksanakan pendidikan dan pelatihan dan jumlah pegawai: Jumlah pegawai yang melaksanakan pendidikan dan pelatihan sesuai standar kompetensi:

Pendidikan : 106 orang, Pelatihan : 820 orang

Total : 926 orang

Jumlah pegawai total : orang

- 3) Realisasi :

Jumlah pegawai yang melaksanakan pendidikan dan pelatihan sesuai standar kompetensi

Jumlah pegawai

$$\frac{=926}{857} \times 100\%$$

$$= 108 \%$$

- 4) Analisa

Prosentase pegawai yang memenuhi standar kompetensi pada tahun 2018 tercapai 108 % dari target 70% (RSB) karena banyaknya in house training yang diselenggarakan untuk memenuhi persyaratan akreditasi RS.

3). Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

a. 1). Pelaksanaan Penyusunan RBA

Kondisi yang dicapai:

RBA Rumah Sakit Jiwa dr Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah bagian dari RSB Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Tahun 2015 – 2019, menggambarkan program kerja strategis merupakan upaya kongkrit utama yang akan dilakukan untuk mewujudkan sasaran strategis sehingga dapat dijadikan sebagai dasar untuk menjalankan kegiatan usaha tahun anggaran 2018, Rencana Bisnis Anggaran merupakan perencanaan tahunan berisi program, kegiatan, target kinerja dan anggaran telah tersusun dan terealisasi tepat waktu sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 4 tahun 2013, dokumen RBA telah disusun dan dilaporkan tepat waktu

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RBA	1	1	100 %	1	1	100%

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

b. Pelaksanaan Penyusunan RKAKL

Kondisi yang dicapai:

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

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RKAKL	1	1	100 %	1	1	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

Perlunya sosialisasi pada semua unit kerja terkait usulan dan data dukung yang harus dilengkapi terkait penyusunan perencanaan tahunan

c. Pelaksanaan Penyusunan RPK

Kondisi yang dicapai:

Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) merupakan dokumen yang disusun berisi rincian dari seluruh kegiatan operasional rumah sakit dan telah terusun 100% pada tahun 2017, sehingga pelaksanaan kegiatan dapat berjalan secara tepat sasaran

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RPK	1	1	100 %	1	1	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

Perlunya koordinasi secara intensif untuk mengatasi segala persoalan pelaksanaan pengelolaan anggaran

d. Pelaksanaan Penyusunan RUP

Kondisi yang dicapai:

Rencana Umum Pengadaan (RUP) merupakan perencanaan yang disusun dalam rangka pelaksanaan pengadaan pada tahun 2018

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RUP	1	1	100 %	1	1	100 %

Permasalahan:

RUP tahun 2018 disusun di Sub Bagian Program dan Anggaran sehingga kurang optimal dalam pelaksanaannya.

Usulan Pemecahan Masalah:

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

e. Pelaksanaan Penyusunan RPD 2018

Kondisi yang dicapai:

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

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelaksanaan Penyusunan RPD 2016	1	1	100 %	1	1	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

f. Melaksanakan Pengawasan Anggaran

Kondisi yang dicapai:

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

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Pengawasan Anggaran	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

g. Melaksanakan Revisi Anggaran

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2018 terjadi penurunan jumlah revisi anggaran dari target 4 kegiatan terealisasi 3 kegiatan .Revisi dikarenakan adanya, revisi pencantuman saldo awal, revisi refocusing, revisi pergeseran antar keluaran dalam 1 kegiatan.

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Revisi Anggaran	4	7	175 %	4	3	150%

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

h. Melaksanakan Monev BUK

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2018 Monitoring dan evaluasi secara rutin pada saat ada revisi RKAKL disampaikan kepada Dijend Bina Upaya Kesehatan (Dirjend Yakes) sebagai bahan laporan penyerapan satuan unit kerja .

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Monev BUK	12	12	100 %	12	3	40 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

Laporan disampaikan baik melalui email maupun media social lainnya

i. Melaksanakan Monev DJA

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2018 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 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Monev DJA	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

j. Melaksanakan Monev PP39

Kondisi yang dicapai:

Penyampaian laporan / monev PP39 kepada Bapenas dilakukan setiap tribulan , pada tahun 2018 RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang telah melaporkan 100 % secara rutin dan tepat waktu.

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Melaksanakan Monev PP39	4	4	100 %	4	4	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

k. Membuat Surat Perintah Pelaksanaan Kegiatan (SPPK)

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2018 Surat Perintah Pelaksanaan Kegiatan (SPPK) tidak lagi dibuat karena sudah ada Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Membuat Surat Perintah Pelaksanaan Kegiatan (SPPK)	60	90	150 %	60	0	0 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

Sub Bagian Perbendaharaan dan Akuntansi

a. Melaksanakan tugas kebhendaharaan

Kondisi yang dicapai:

Pelaksanaan tugas kebhendaharaan pada tahun 2018 khususnya bendahara pengeluaran di bawah Sub Bagian Perbendaharaan dan Akuntansi berjalan cukup baik karena dibantu oleh beberapa pembantu bendahara dalam rangka tugas kebhendaharaan.

Indikator Kinerja	Tahun 2016			Tahun 2017		
	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 Program dan Anggaran

- Evaluasi permasalahan di tahun 2018 untuk perbaikan di tahun berikutnya

b. Mengelola administrasi belanja pegawai

Kondisi yang dicapai:

Pada tahun 2018 pengelolaan administrasi kepegawaian cukup berjalan dengan baik sehingga penyerapan alokasi untuk belanja pegawai bisa terserap 96.60 %.

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

Permasalahan:

- Ada beberapa permasalahan pegawai harus mengembalikan kelebihan bayar khususnya tunjangan dikarenakan terbitnya SK dari pusat yang terlambat diterima bagian pengelola gaji .
- Masih ada beban pegawai bulan Oktober-Desember 2018 yang belum terbayar karena banyak pegawai mengajukan pekerjaan lembur untuk pekerjaan yang tidak bisa dilaksanakan pada jam kerja

Usulan Pemecahan Masalah:

- Koordinasi dengan Bagian SDM dan Dijend Pelayanan Kesehatan terkait beberapa permasalahan yang menyangkut kepegawaian.
- Dilakukan revisi DIPA untuk pencantuman kewajiban tahun 2018 yang belum terselesaikan

c. 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 2016			Tahun 2017		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Menyusun Laporan Keuangan BLU	4	4	100%	4	4	100%

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

d. Menyusun Laporan SAI

Kondisi yang dicapai:

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

Pada tahun 2018 Laporan SAI terlaksana sesuai target dan terealisasi 100%

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

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

e. Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Anggaran

Kondisi yang dicapai:

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

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Anggaran	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

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

Laporan Rekapitulasi Pelaksanaan Anggaran DIPA Tahun 2018

KODE	URAIAN	PAGU	REALISASI	%	SALDO
1	2	3	4	5	6
RM					
024.04.07	Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan				
2094	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan				
2094.506	Gedung Layanan	950.120.000	672.530.355	70,78%	277.589.645
008	Pembangunan Gedung dan Bangunan	950.120.000	672.530.355	70,78%	277.589.645
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	950.120.000	672.530.355	70,78%	277.589.645
2094.508	Alat Kesehatan	7.013.300.000	6.977.497.500	99,49%	35.802.500
051	Pengadaan Alat Kesehatan	7.013.300.000	6.977.497.500	99,49%	35.802.500
532111	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	7.013.300.000	6.977.497.500	99,49%	35.802.500
2094.994	Layanan Perkantoran	64.982.044.000	62.731.876.263	96,54%	2.250.167.737
001	Gaji dan Tunjangan	48.321.182.000	46.675.967.433	96,60%	1.645.214.567
A	Pembayaran Gaji dan Tunjangan	48.321.182.000	46.675.967.433	96,60%	1.645.214.567
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	32.904.144.000	32.035.749.240	97,36%	868.394.760
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	521.000	436.504	83,78%	84.496
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.315.754.000	2.252.467.964	97,27%	63.286.036
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	637.981.000	624.087.480	97,82%	13.893.520
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	256.737.000	243.740.000	94,94%	12.997.000
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.383.359.000	3.383.359.000	100,00%	-
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	292.231.000	70.705.185	24,19%	221.525.815
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.800.203.000	1.596.354.060	88,68%	203.848.940
511129	Belanja Uang Makan PNS	5.863.276.000	5.738.389.000	97,87%	124.887.000
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	74.395.000	69.000.000	92,75%	5.395.000
511147	Belanja Tunjangan Lain-lain termasuk uang duka PNS Dalam	-	-	-	-
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	501.701.000	377.645.000	75,27%	124.056.000
511511	Belanja Gaji Pokok Pegawai Non PNS	-	-	-	-
512211	Belanja uang lembur	290.880.000	284.034.000	97,65%	6.846.000
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	16.660.862.000	16.055.908.830	96,37%	604.953.170
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	3.852.593.000	3.822.781.237	99,23%	29.811.763
521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1.343.794.000	1.253.214.125	93,26%	90.579.875
521114	Belanja pengiriman surat dinas pos pusat	28.998.000	14.862.021	51,25%	14.135.979
521115	Honor Operasional Satuan Kerja	569.640.000	412.867.000	72,48%	156.773.000
521119	Belanja Barang Operasional Lainnya	4.100.489.000	4.100.486.246	100,00%	2.754
521219	Belanja Barang Non Operasional Lainnya	428.215.000	427.391.800	99,81%	823.200
521811	Belanja Barang Untuk Persediaan Barang Konsumsi	638.519.000	638.075.963	99,93%	443.037
522111	Belanja Langganan Listrik	1.056.000.000	986.582.269	93,43%	69.417.731
522112	Belanja Langganan Telepon	82.800.000	39.239.148	47,39%	43.560.852
522113	Belanja Langganan Air	46.000.000	41.261.600	89,70%	4.738.400
522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	202.746.000	194.287.412	95,83%	8.458.588
523111	Belanja Biaya Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	2.665.812.000	2.665.805.418	100,00%	6.582
523121	Belanja Biaya Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	732.298.000	624.586.591	85,29%	107.711.409
523133	Belanja Biaya Pemeliharaan Jaringan	912.958.000	834.468.000	91,40%	78.490.000
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	5.739.064.000	4.938.751.630	86,06%	800.312.370
005	Dukungan Penyelenggaraan Layanan Operasional R5	5.739.064.000	4.938.751.630	86,06%	800.312.370
521112	Belanja Pengadaan Bahan Makanan	5.739.064.000	4.938.751.630	86,06%	800.312.370
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	4.022.893.000	3.989.502.000	99,17%	33.391.000
053	Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	4.022.893.000	3.989.502.000	99,17%	33.391.000
532111	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	4.022.893.000	3.989.502.000	99,17%	33.391.000
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	6.373.279.000	5.509.192.904	86,44%	864.086.096
005	Pengadaan Obat-Obatan dan Bahan Medik Habis Pakai	6.373.279.000	5.509.192.904	86,44%	864.086.096
521119	Belanja Barang Operasional	6.373.279.000	5.509.192.904	86,44%	864.086.096
	Jumlah	89.080.700.000	84.819.350.652	95,22%	4.261.349.348

KODE	URAIAN	PAGU	REALISASI	%	SALDO
1	2	3	3	3	3
BLU					
2094.508	Alat Kesehatan	100.761.000	93.085.341	92,38%	7.675.659
051	Pengadaan Alat Kesehatan	100.761.000	93.085.341	92,38%	7.675.659
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	100.761.000	93.085.341	92,38%	7.675.659
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	4.192.966.000	3.591.305.010	85,65%	601.660.990
051	Pengadaan Kendaraan Bermotor	38.000.000	27.109.000	71,34%	10.891.000
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	38.000.000	27.109.000	71,34%	10.891.000
052	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Komunikasi	350.900.000	274.875.500	78,33%	76.024.500
537115	Belanja Modal dan Fisik Lainnya	350.900.000	274.875.500	78,33%	76.024.500
053	Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran	2.983.208.000	2.954.806.510	99,05%	28.401.490
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	2.983.208.000	2.954.806.510	99,05%	28.401.490
054	Pembangunan dan Renovasi Gedung dan Bangunan	820.858.000	334.514.000	40,75%	486.344.000
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	820.858.000	334.514.000	40,75%	486.344.000
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	50.189.373.000	50.136.428.955	99,89%	52.944.045
051	Pembayaran Remunerasi	31.024.222.000	31.013.406.445	99,97%	10.815.555
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	31.024.222.000	31.013.406.445	99,97%	10.815.555
052	Operasional dan Pemeliharaan RS	19.165.151.000	19.123.022.510	99,78%	42.128.490
525112	Belanja Barang	9.456.624.000	9.456.620.737	100,00%	3.263
525113	Belanja Jasa	1.102.112.000	1.102.107.999	100,00%	4.001
525114	Belanja Pemeliharaan	4.271.629.000	4.271.624.691	100,00%	4.309
525115	Belanja Perjalanan	387.012.000	362.355.353	93,63%	24.656.647
525119	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	3.947.774.000	3.930.313.730	99,56%	17.460.270
		54.483.100.000	53.820.819.306	98,78%	662.280.694
		143.563.800.000	138.640.169.958	96,57%	4.923.630.042

Sub Bagian Mobilisasi Dana

a. Tatalaksana pengelolaan piutang

Kondisi yang dicapai:

Terlaksananya kegiatan pengelolaan piutang pasien untuk kegiatan administrasi, penyusunan laporan piutang, pernyataan hutang dan tagihan piutang terlaksana dengan baik. Untuk penyerahan pengurusan penagihan oleh PUPN/KPKNL telah dilakukan proses pengumpulan data yang sudah dinyatakan telah optimal dan sebagai PSBDT untuk selanjutnya akan diusulkan penghapusan bersyarat kepada Direktur Utama tanpa menghapuskan hak tagih Negara

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tatalaksana pengelolaan piutang	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

Permasalahan saat ini adalah bahwa pembuatan surat pernyataan hutang pada saat pasien pulang oleh penanggungjawab pasien yang masih meninggalkan sisa pembayaran layanan kesehatan oleh keluarga pasien adalah suatu bentuk kelonggaran untuk mengambil pulang tanpa harus melunasi pembayaran.

Usulan Pemecahan Masalah:

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

b. Penyelenggaraan administrasi Penerimaan RS

Kondisi yang dicapai:

Pelaksanaan tugas kebendaharaan pada tahun 2018 khususnya bendahara penerima berjalan cukup baik, lancar dan tepat waktu sesuai ketentuan laporan keuangan.

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Penyelenggaraan administrasi penerimaan RS	12	12	100 %	12	12	100 %

Permasalahan:

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

Usulan Pemecahan Masalah:

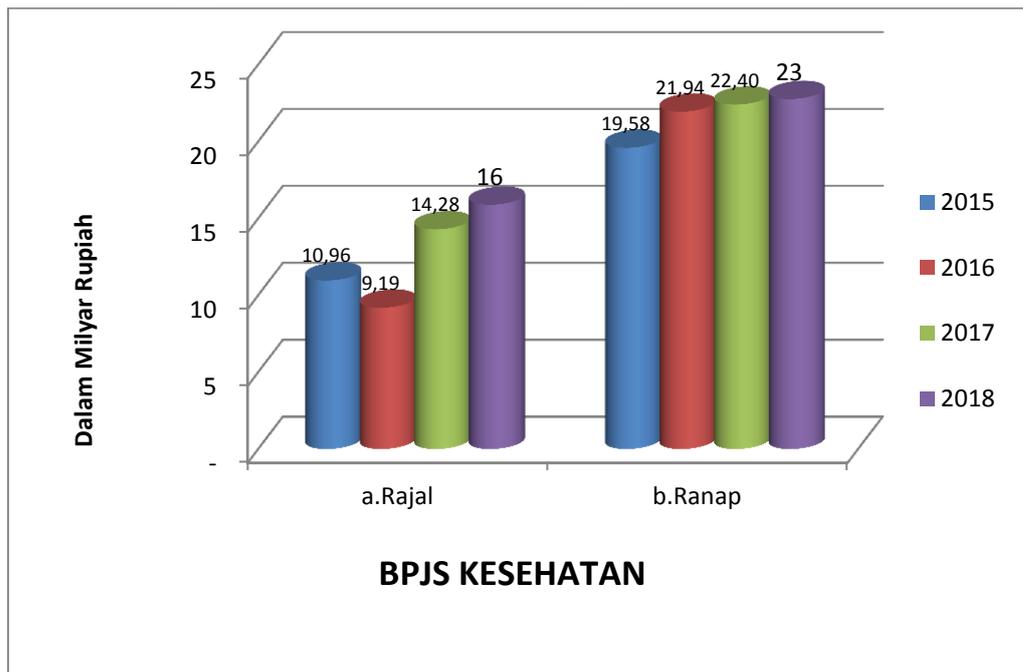
Memberikan lembaran tertulis pada saat pasien pulang yang masih meninggalkan hutangnya dan mencantumkan informasi cara melakukan pembayaran melalui bank/transfer pada surat tagihan I, II dan III

Peningkatan Pendapatan pada tahun 2018 apabila dibandingkan dengan tahun 2017 dengan penjelasan sebagai berikut :

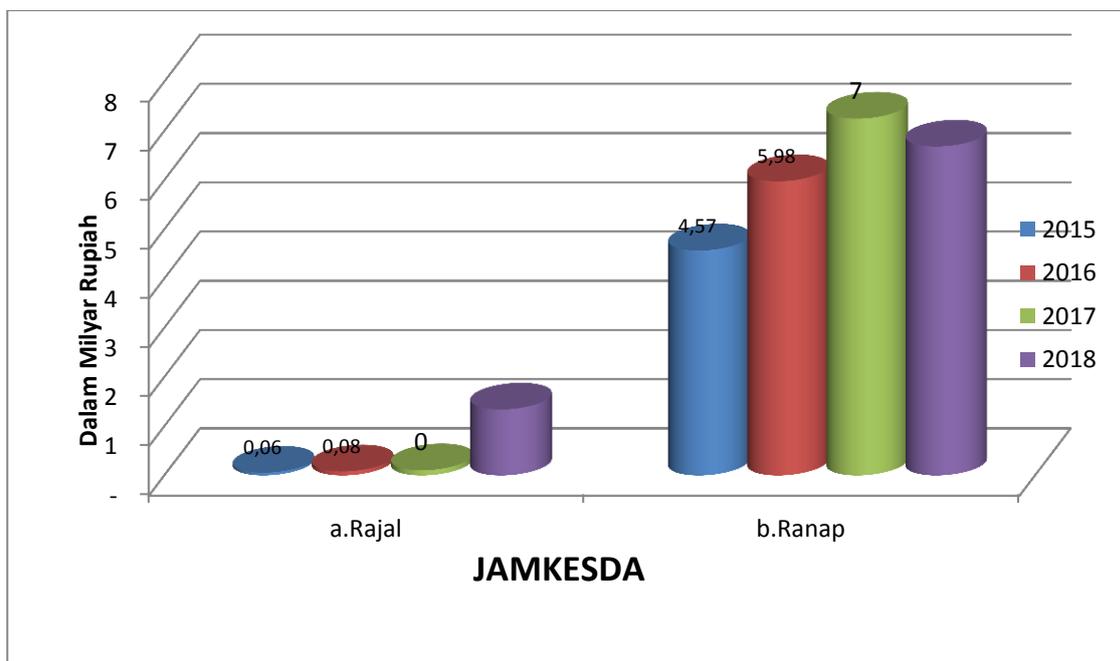
TABEL PENERIMAAN BLU EMPAT TAHUN TERAKHIR (2015, 2016, 2017, 2018)

NO	URAIAN	TAHUN 2015	TAHUN 2016	TAHUN 2017	TAHUN 2018	% 2017- 2018
1	BPJS Kesehatan					
	a.Rajal	9.187.104.031	10.955.125.174	14.283.744.143	15.882.635.097	111%
	b.Ranap	21.939.410.201	19.582.616.768	22.396.655.109	22.757.182.434	102%
2	Jamkesda					
	a.Rajal	81.206.377	55.157.472	104.160.500	1.340.229.900	1.287%
	b.Ranap	5.977.099.953	4.569.978.432	7.249.327.747	6.682.010.200	92%
3	IPWL/BNN	1.177.140.669	1.001.088.481	1.029.729.288	688.263.951	67%
4	Umum/Bayar Tunai					
	a.Rajal	651.586.700	742.868.800	625.124.700	689.593.000	110%
	b.Ranap	2.576.633.147	2.467.253.602	2.237.621.046	2.249.963.177	101%
5	IGD	143.430.100	140.570.050	147.779.400	126.713.500	86%
6	Penunjang	1.676.808.717	1.644.733.029	1.525.993.790	1.362.479.284	89%
7	Diklat	4.963.575.500	4.735.695.940	5.043.636.460	6.032.867.280	120%
8	Sewa-sewa/Lainnya	1.884.977.363	1.781.247.571	1.687.125.349	2.570.901.487	152%
	TOTAL	50.258.972.758	47.658.335.319	56.330.897.532	60.382.839.301	107%

Realisasi penerimaan Tahun 2018 sebesar Rp.60.382.839.301 atau naik sebesar 7 % dari Tahun 2017. Penerimaan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat terdiri dari penerimaan layanan kesehatan, penerimaan pendidikan dan pelatihan juga penerimaan sewa lahan dan jasa lainnya, secara keseluruhan bahwa penerimaan di tahun 2018 mengalami kenaikan sebesar 10,82% dari target tahun ini yaitu sebesar Rp.54.483.100.000, hal ini disebabkan karena :

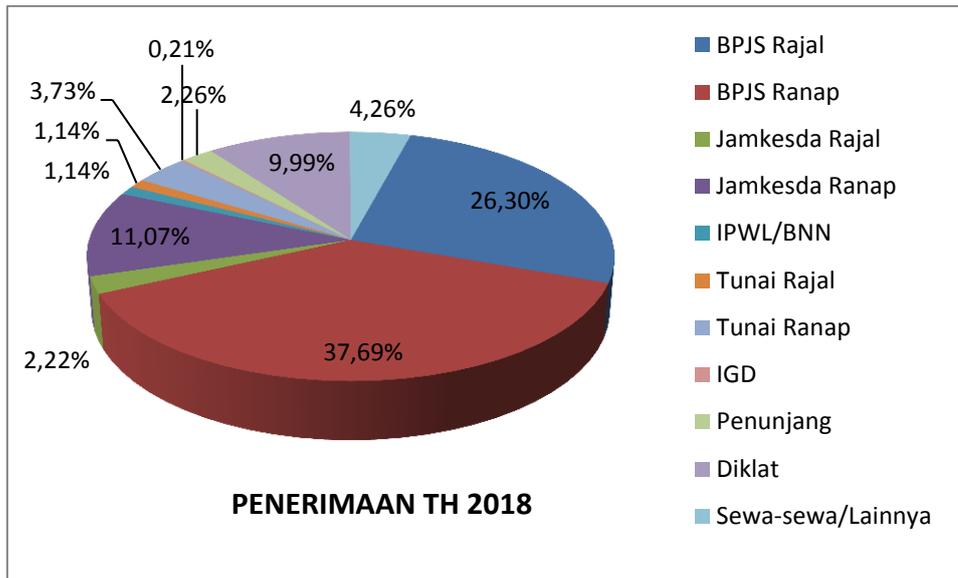


Penerimaan BPJS Kesehatan Rawat Jalan terjadi kenaikan sebesar 11 %, sedangkan rawat inap naik sebesar 2 % jika dibandingkan. tahun sebelumnya hal ini karena adanya ketepatan waktu baik dari sistem aplikasi klaim obat rawat jalan yang sudah dapat dikembangkan maupun pencairannya.



Penerimaan Jamkesda Rawat Jalan sangat signifikan yaitu lebih dari 1000%, hal ini karena pengembangan jejaring dengan Faskes Daerah, tenaga sosial (TKSK) Kab/Kota, Program Desa Siaga, pembinaan Puskesmas terkait dengan sistem rujukan, Program Bebas Pasung dan penanganan ODGJ di Wilayah Jatim

PROSENTASE PENERIMAAN TAHUN 2018



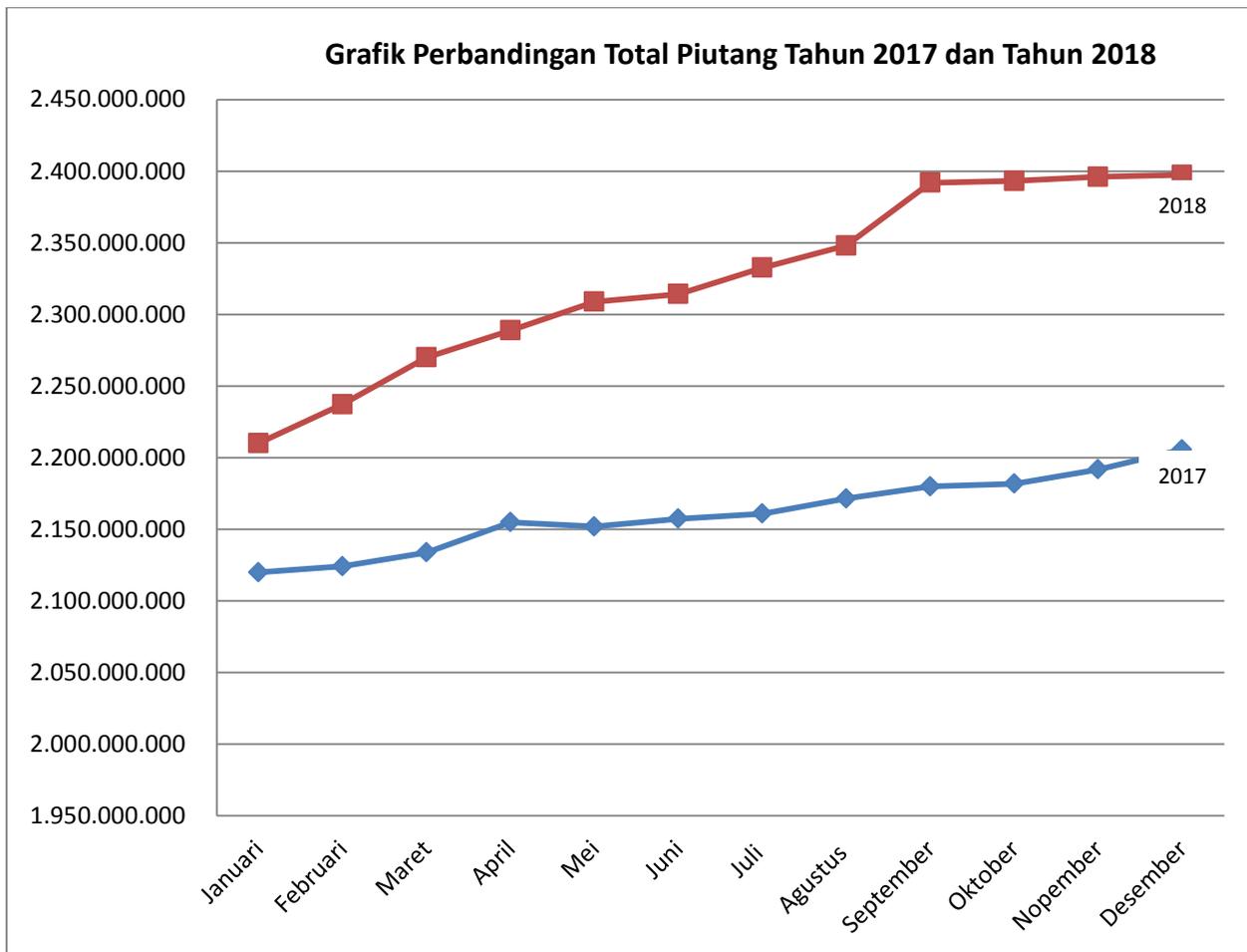
PENGELOLAAN PIUTANG LAYANAN

Perbandingan Total Piutang Pasien Umum Perseorangan Tahun 2017 dengan Tahun 2018

Perbandingan Total Piutang 2017-2018		
Bulan	Total Piutang	Total Piutang
	Tahun 2017	Tahun 2018
Januari	2.119.866.041	2.210.078.767
Februari	2.124.157.658	2.237.260.476
Maret	2.133.836.056	2.269.976.510
April	2.154.924.603	2.288.901.348
Mei	2.151.874.242	2.308.838.581
Juni	2.157.324.847	2.314.200.090
Juli	2.160.889.234	2.332.630.642
Agustus	2.171.500.572	2.348.081.979
September	2.179.908.668	2.392.014.247
Oktober	2.181.787.034	2.393.183.582
November	2.191.817.268	2.396.048.065
Desember	2.205.725.076	2.397.376.699

Penyebab Kenaikan Piutang :

1. Piutang sebelumnya dari tahun ke tahun tinggi secara kumulatif
2. Adanya Kebijakan untuk memperbolehkan pasien pulang dengan membuat Surat Pernyataan Hutang.
3. Tidak ada Keharusan untuk pasien membayar Uang Titipan Perawatan.
4. Sebagian penanggung jawab yang ternyata bukan anggota Keluarga sehingga tidak bertanggung jawab atas pembayaran



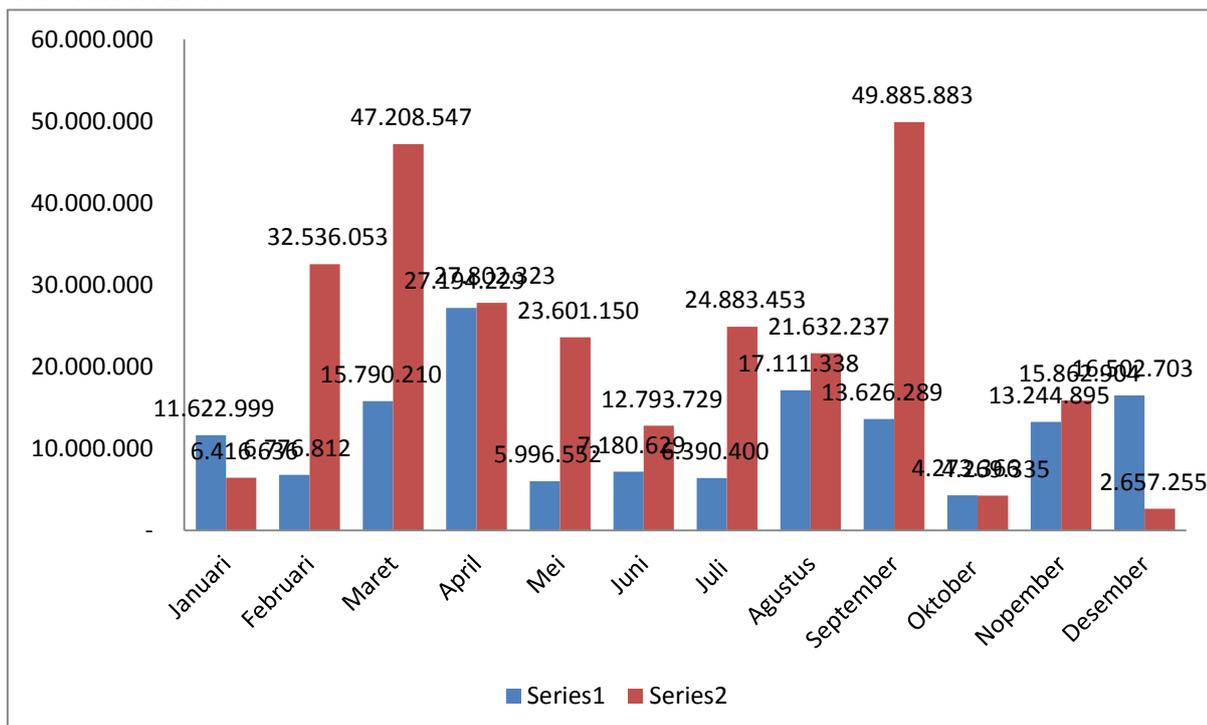
Perbandingan Penambahan Piutang Pasien Umum Perseorangan Tahun 2017 dan Tahun 2018

Perbandingan Penambahan Piutang Tahun 2017 dan Tahun 2018		
Bulan	Total Piutang	Total Piutang
	Sem I 2017	Sem I 2018
Januari	11.622.999	6.416.636
Februari	6.776.812	32.536.053
Maret	15.790.210	47.208.547
April	27.194.229	27.802.323
Mei	5.996.552	23.601.150
Juni	7.180.629	12.793.729
Juli	6.390.400	24.883.453
Agustus	17.111.338	21.632.237
September	13.626.289	49.885.883
Oktober	4.273.366	4.269.335
Nopember	13.244.895	15.862.904
Desember	16.502.703	2.657.255

Penyebab Bertambahnya Piutang:

1. Pasien pulang masih ada kekurangan biaya dan menulis Surat Pernyataan kesanggupan pembayaran
2. Pasien yang tidak pernah di besuk oleh keluarga sehingga tagihan membengkak dan di lakukan pemulangan kolektif
3. Penanggung jawab yang bukan merupakan keluarga dekat dari pasien

Grafik Perbandingan Penambahan Piutang Pasien Umum Perseorangan Tahun 2017 dan Tahun 2018



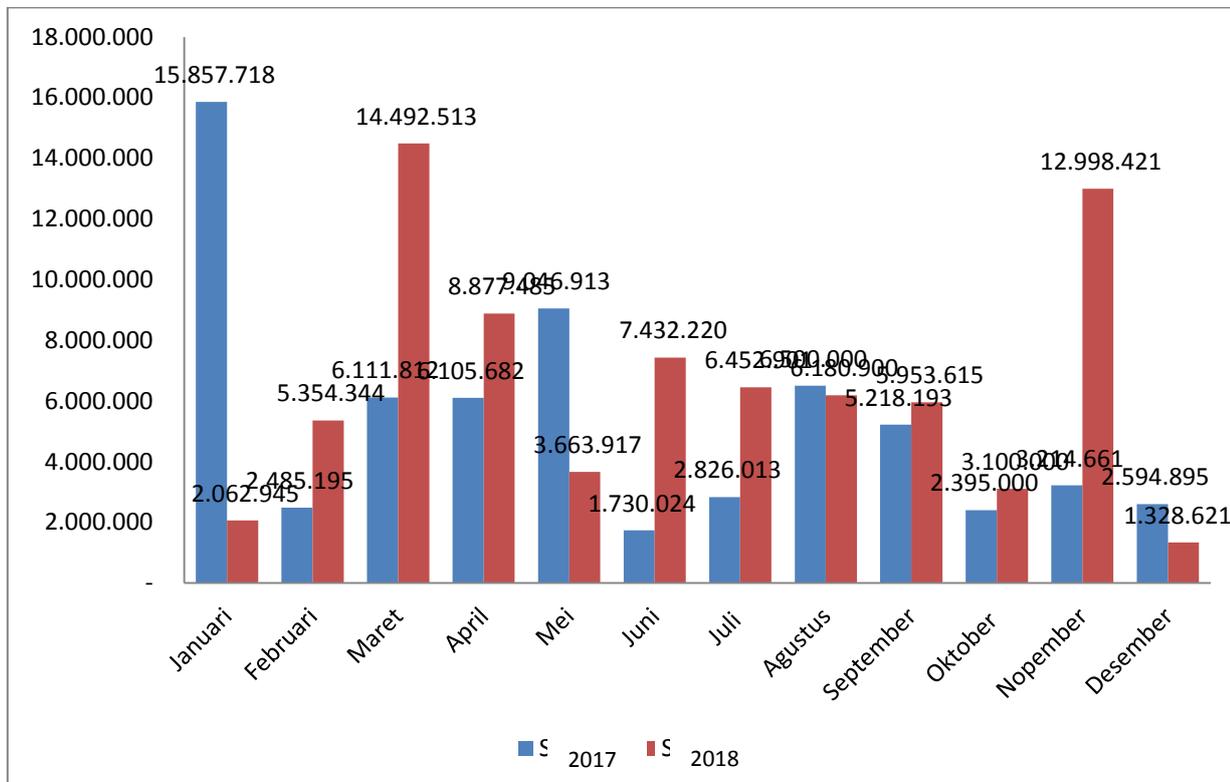
Perbandingan Pembayaran Piutang Pasien Umum Perseorangan Tahun 2017 : Tahun 2018

Perbandingan Pengurangan Piutang Tahun 2017 dan Tahun 2018		
Bulan	Total Piutang	Total Piutang
	2017	2018
Januari	15.857.718	2.062.945
Februari	2.485.195	5.354.344
Maret	6.111.812	14.492.513
April	6.105.682	8.877.485
Mei	9.046.913	3.663.917
Juni	1.730.024	7.432.220
Juli	2.826.013	6.452.901
Agustus	6.500.000	6.180.900
September	5.218.193	5.953.615
Oktober	2.395.000	3.100.000
Nopember	3.214.661	12.998.421
Desember	2.594.895	1.328.621

Pembayaran Fluktuatif:

1. Pihak RS tidak bisa memperkirakan pelunasan pasien karena sering sekali pasien yang melakukan pembayaran tersebut terpaksa membayar karena terdeteksi memiliki hutang saat melakukan pendaftaran untuk kontrol.
2. Adanya kemauan pasien untuk melakukan angsuran meskipun dengan nominal yang relatif kecil.

Grafik Perbandingan Pembayaran Piutang Pasien Umum Perseorangan Tahun 2017 : 2018



Upaya yang telah dilakukan untuk menekan kenaikan Piutang:

1. Mewajibkan untuk membuat Surat Pernyataan Hutang dan Fotokopi KTP serta nomor telepon yang bisa di hubungi
2. Melakukan pemberitahuan via telepon saat Surat Pernyataan sudah Jatuh Tempo
3. Melayangkan surat Penagihan dari Tagihan 1 sampai 3 via pos
4. Menyampaikan informasi Biaya Rawat Inap kepada keluarga pasien saat besuk untuk pasien yang sudah lama dirawat tentang pembiayaan yang sudah tinggi.
5. Menjalankan Aplikasi untuk mendeteksi pasien saat melakukan kontrol.
6. Memberikan informasi tentang kemudahan pembayaran via transfer Bank
7. Penyerahan Piutang ke KPKNL yang sudah memenuhi syarat dan sudah melalui tahap Tagihan I , Tagihan II dan Tagihan III
8. Segera menindaklanjuti Piutang yang sudah terbit PSBDT agar nantinya bisa dihapuskan secara Mutlak.

2). Kinerja Bagian Administrasi Umum

Pencapaian administrasi ketata usahaan dan pelaporan, kerumah tanggaan dan perlengkapan serta hukum, organisasi dan humas :

Pencapaian di Sub Bagian Tata Usaha dan Pelaporan Tahun 2018 adalah :

PROGRAM KERJA TAHUN 2018	Kegiatan	Sub Kegiatan	Target 2018	Realisasi Thn 2018	Capaian
Penatalaksanaan persuratan	Jumlah Pendokumentasian Surat Masuk	Pendokumentasian Surat Masuk	4350	5098	117%
	Jumlah Pendokumentasian Surat Keluar	Pendokumentasian Surat Keluar	4330	7639	176%
	Jumlah Pengiriman Surat ke Kantor Pos Lawang	Pengiriman Surat ke Kantor Pos Lawang	1740	935	54%
Pengelolaan Arsip	Jumlah Surat yang Tidak Dikembalikan	Surat yang tidak dikembalikan	100%	99,7%	100%
Pengelolaan Berkas Dokumen	Jumlah Penggandaan Dokumen / Fotokopi	Penggandaan dokumen foto copy	134.500	151500	113%
	Jumlah Penggandaan Dokumen (Kertas HVS)	Penggandaan dokumen HVS	505.000	603.000	119%
	Jumlah Penggandaan Dokumen (Kertas BC)	Penggandaan dokumen kertas BC	21.000	12.815	61%
	Jumlah Penjilidan	Kegiatan Penjilidan	27.000	27.365	101%
	Jumlah Laminating	Kegiatan laminating	1880	879	47%
Kegiatan pendukung pelaporan RS	Jumlah Pelaporan RS	Membuat pelaporan RS	16	16	100%
		Kegiatan Pengelolaan rapat - rapat internal	12	12	100%
	Rata – rata pencapaian				98,9%

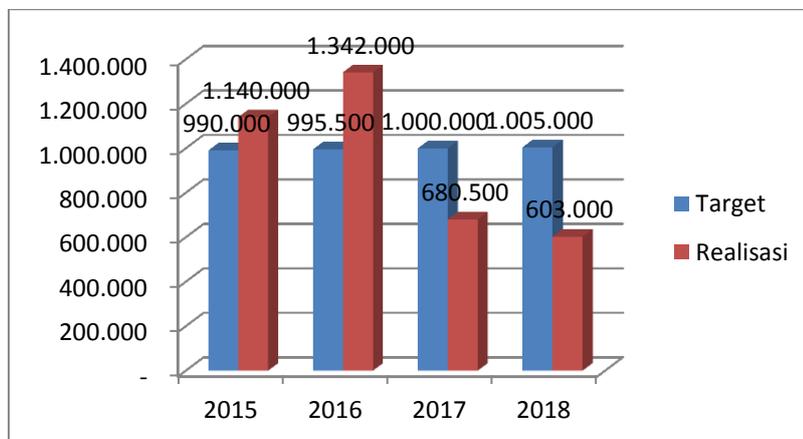
Rata – Rata pencapaian Kinerja Sub Bagian Tata Usaha dan Pelaporan Tahun 2018 adalah 98,9 % dengan analisa pencapaian sebagai berikut :

No	Capaian Kinerja Kegiatan	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
1.	Penatalaksanaan persuratan untuk pendokumentasian surat masuk, surat keluar dan pengiriman surat ke kantor Pos rata-rata pencapaian : 116 %	Adanya kenaikan jumlah pendokumentasian surat masuk, dan pendokumentasian surat keluar pengiriman surat ke kantor Pos. Mulai maret 2018 pendokumentasian surat melalui	Kinerja persuratan dipertahankan. Pengiriman surat – surat internal melalui EFS by email dan jejaring social (WA) dan juga eksternal melalui email dan Aplikasi. Perlu pelatihan secara berkesinambungan berkaitan

		Aplikasi E Filling System. Disposisi EFS belum berjalan dengan sempurna tetapi semua surat sudah masuki ke sistem EFS. Sehingga disamping manual dengan hard juga melalui EFS.	dengan EFS bagi semua pejabat. Seluruh pejabat telah diberikan user dan password.
2.	Pengelolaan arsip yaitu surat yang terkirim/ tidak dikembalikan sebesar : 99,7 %	Masih ada ada 43 surat yang dikembalikan dari 935 pengiriman surat keluar (sekitar 0,32%) sehingga hampir 100 % tercapai. Surat yang dikembalikan semuanya adalah surat penagihan piutang penderita, alamat berubah/ pindah).	Kinerja dipertahankan agar informasi terkirimkan kepada yang bersangkutan sehingga tidak mempengaruhi kegiatan yang akan dilakukan. Pengiriman surat melalui pos, melalui email , media sosial, dan faximile alat telekomunikasi melalui HP (WA).
3.	Pengelolaan berkas dokumen yang merupakan kegiatan penggandaan dokumen/ foto copy, dokumen BC, kegiatan penjilidan dan laminating rata – rata pencapaian 88,4 %.	Kegiatan hanya tercapai 88,2 % dari target sesuai dengan rencana efektifitas penggunaan kertas dengan pengiriman laporan melalui data center atau dengan soft copy.	Kegiatan ini untuk mendukung efisiensi biaya penggunaan kerta. Target semakin diturunkan dan capaiannya.

Analisa efisiensi penggunaan kertas dalam kurun waktu 2015 s.d 2018 sebagai berikut :

1. Kegiatan Penggandaan dokumen HVS



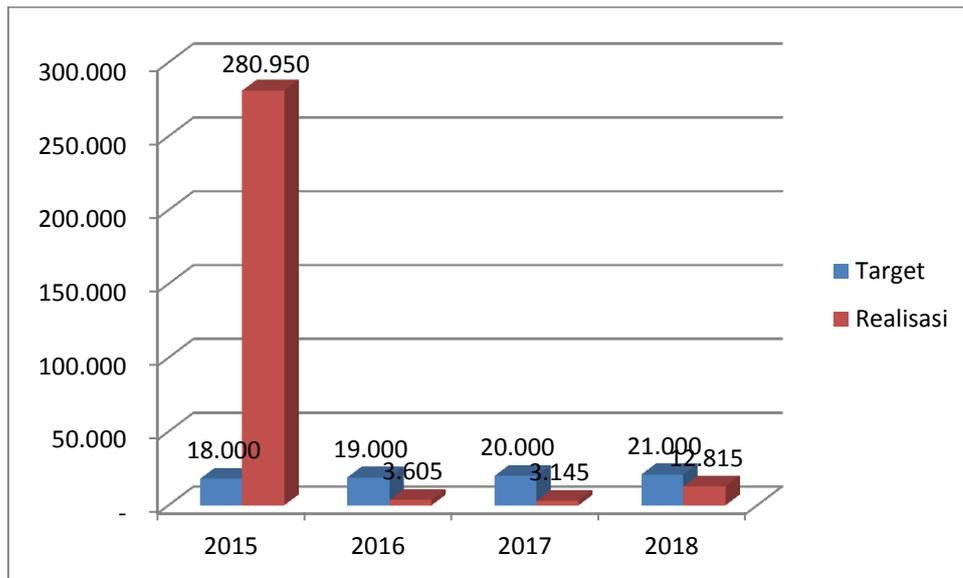
Realisasi penggunaan kertas HVS semakin menurun selama 3 tahun terakhir, yaitu sekitar 55,1 % dari penggunaan 1.342.000 menjadi 603.000. Penghematan yang dilakukan sebesar :

- Tahun 2015 dan 2016 : Masih diatas target, tahun tersebut dilakukan sosialisasi secara masif pelaporan secara On Line/ paperless.
- Tahun 2017 : terjadi penurunan penggunaan kertas sebesar 32 % dari target dan 50,7% dari realisasi atau penghematan 661.500 lembar (1323 rim) dari tahun sebelumnya, jika harga 1 rim = Rp. 60.000 maka efisiensi biaya sebesar : Rp. 79.380.000,-
- Tahun 2018 : Terjadi penurunan penggunaan kertas sebesar 40 % dari target dan 11,4% dari realisasi tahun sebelumnya atau penghematan sebesar 77.500 lembar

(155 rim) , jika harga 1 rim = Rp. 60.000 maka efisiensi biaya sebesar : Rp. 9.300.000,-

Sehingga selama 2 tahun terakhir efisiensi penggunaan kertas sebesar Rp. 88.680.000,00 . Kebutuhan kertas juga berkurang disamping pelaporan On Line juga Kebutuhan kertas untuk klaim BPJS yang menggunakan V-Claim dan tata persuratan menggunakan media Komputer/ IT yang ada serta pembuatan Laporan dan Buku dengan E-Book.

2. Pengandaan Dokumen BC



- Tahun 2015 masih diatas target, kebutuhan kertas untuk survey akreditasi dan pembuatan buku serta pedoman – pedoman dan kebutuhan rekam medis untuk klaim serta kegiatan percetakan yang masih banyak.
- Tahun 2016
Terjadi penurunan 81% dari target yang ditentukan dan 98,7 % dari realisasi tahun sebelumnya atau 277.345 lembar (555 rim) , jika harga 1 rim adalah Rp. 130.000, maka efisiensi biaya sebesar Rp. 72.109.700,00
- Tahun 2017
Terjadi penurunan 84% dari target yang ditentukan dan 12,7 % dari realisasi tahun sebelumnya atau 460 lembar (1 rim) , jika harga 1 rim adalah Rp. 130.000, maka efisiensi biaya sebesar Rp. 130.000,00
- Tahun 2018
Terjadi penurunan 39 % dari target yang ditentukan tetapi meningkat 3 kali lipat dari realisasi tahun sebelumnya . Beberapa peningkatan untuk kebutuhan persiapan survey SNARS ed.1 guna re akreditasi Paripurna.
Sehingga dalam kurun waktu 3 tahun terakhir terjadi penghematan biaya pengadaan kertas BC sebesar : Rp. 72.239.700,00

Sub Bagian Rumah Tangga dan Perlengkapan.

a. Jumlah Kegiatan Rekonsiliasi Pengelolaan Aset (oleh wilayah dan pusat)

Kondisi yang dicapai:

Kondisi yang dicapai sudah sesuai dengan PMK Nomor 181/PMK.06/2018 tentang Penata usahaan Barang Milik Negara dalam rangka penyusunan laporan keuangan pemerintah pusat.

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Kegiatan Rekonsiliasi Pengelolaan Aset (oleh wilayah dan pusat)	17 keg/thn	17 keg/thn	100%	17 keg/thn	17 keg/thn	100%

Permasalahan:

Terjadi perubahan sistem kegiatan rekonsiliasi baik di tingkat daerah, wilayah dan pusat dengan cara *on line*.

Usulan Pemecahan Masalah:

- Mengikuti jadwal yang telah ditetapkan baik oleh daerah, wilayah maupun pusat dan selalu berkomunikasi apabila terjadi permasalahan.

b. Jumlah Laporan Pengelolaan BMN Secara Cermat dan Tepat Waktu (Semester Dan Tahunan).

Kondisi yang dicapai:

Pengelolaan Barang Milik Negara secara cermat dan tepat dengan mengacu pedoman yang berlaku dalam pembuatan dan penyusunan laporan (semester dan tahunan) tercapai.

IndikatorKinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Laporan Pengelolaan BMN secara cermat dan tepat waktu (semester dan tahunan)	3 lap/thn	3 lap/thn	100%	3 lap/thn	6 lap/thn	200%

- Review tingkat Eselon I dilakukan per tribulan dan di tingkat Eselon I dan Irjen per semester.
- Adanya revaluasi Aset Tanah dan Gedung tahun 2018
- Adanya transfer in dari Poltekes Kemenkes Malang pada tahun 2018 dan sudah diselesaikan
- Adanya update aplikasi BMN

Permasalahan :

- Terkadang terjadi ketidak sesuaian data persediaan dan BMN
- Adanya ketidak sesuaian antara SIMAK BMN dan SAIBA
- Capaian 200 %,, karena adanya perubahan permintaan laporan BMN, tiap tribulan dan semester.

Usulan Pemecahan Masalah:

- Diadakan rekonsiliasi data BMN setiap bulan.
- Mengusulkan ke Pusat adanya ketidaksesuaian tersebut, untuk solusinya.
- Target tahun yang akan datang disesuaikan.

c. Komputerisasi Laporan Logistik (Bulanan, Semester, Tahunan)

Kondisi yang dicapai:

Komputerisasi laporan Logistik Bulanan, Semesteran dan tahunan tercapai

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Komputerisasi laporan Logistik (bulanan, semester, tahunan)	14 lap/thn	14 lap/thn	100%	14 lap/thn	14 lap/thn	100%

Permasalahan:

- Sebagian petugas pemegang gudang kurang memahami aplikasi persediaan
- Seringnya barang datang tidak disertai dokumen kontrak

Usulan Pemecahan Masalah:

- Peningkatan kualitas sumberdaya manusia terutama dalam bidang komputerisasi dan aplikasi persediaan, diusulkan untuk pelatihan .
- Terdapatnya barang datang yang langsung masuk ke unit lain

d. Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Alat Tulis Kantor

Kondisi yang dicapai:

Pelayanan distribusi barang alat tulis kantor di gudang ATK Rumah Sakit tercapai

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Alat Tulis Kantor	774 lap/thn	625 lap/thn	80%	774 lap/thn	627 lap/thn	81%

Permasalahan :

- Capaian tahun 2018 hanya 81% karena sudah dilakukan efisiensi penggunaan ATK dengan adanya *paperless* (elektronik dokumen).

- Telah dilakukan koordinasi dengan unit kerja dalam pengadaan ATK

Usulan Pemecahan Masalah:

Koordinasi dilakukan dengan unit kerja dan dilakukan secara terus menerus.

e. Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Alat Rumah Tangga

Kondisi yang dicapai:

Pelayanan distribusi barang alat rumah tangga di gudang rumah tangga Rumah Sakit tercapai

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Alat Rumah Tangga	1920 lap/thn	1223 lap/thn	64%	1920 lap/thn	1875 lap/thn	97,65%

Permasalahan:

- Ketidaktertanggungjawabnya para penyedia dalam pengiriman barang yang sesuai dengan surat pesanan dan jadwal pengiriman

Usulan Pemecahan Masalah:

- Koordinasi dilakukan dengan berkesinambungan
- Adanya pengadaan barang dan jasa yang mendadak di akhir tahun diharapkan kepada PPK pengiriman barang sesuai dengan jadwal pesanan

f. Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Perlengkapan Ruangan

Kondisi yang dicapai:

Pelayanan distribusi barang perlengkapan ruangan di gudang tekstil Rumah Sakit tercapai

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Barang Perlengkapan Ruangan	1154 lap/thn	371 lap/thn	32%	1154 lap/thn	1040 lap/thn	90,93%

Permasalahan:

- Terjadinya penurunan pasien rawat inap sehingga pemenuhan permintaan barang dari unit kerja terlayani
- kurangnya koordinasi proses pengadaan

Usulan Pemecahan Masalah:

- Koordinasi dilakukan dengan berkesinambungan
- Penambahan sarana penunjang untuk kelancaran kegiatan tersebut berupa komputerisasi persediaan berupa aplikasi

- Perlu adanya gudang transit guna menudahkan pengecekan dan penomoran barang sebelum didistribusikan.

g. Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Bahan Makanan

Kondisi yang dicapai:

Pelayanan distribusi bahan makanan di gudang makanan Rumah Sakit tercapai

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Bahan Makanan	1.824 lap/thn	1817 lap/thn	99%	1.824 lap/thn	1820 lap/thn	99%

Permasalahan:

- Pengiriman bahan makanan yang selama ini melalui gudang mulai semester II tahun 2018 diserahkan langsung ke Instalasi Gizi

Usulan Pemecahan Masalah:

- Untuk tahun 2019 pengadaan bahan makanan diterimahkan langsung di Instalasi Gizi sudah dalam keadaan siap dimasak.

h. Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Gula dan Kopi

Kondisi yang dicapai:

Pelayanan distribusi gula dan kopi di gudang makanan Rumah Sakit tercapai

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Pelayanan Distribusi Gula dan Kopi	750 lap/thn	755 lap/thn	100%	750 lap/thn	753 lap/thn	101%

Permasalahan:

- Kurang tertibnya unit kerja dalam pengambilan gula dan kopi di gudang

Usulan Pemecahan Masalah:

- Tahun 2019 diusahakan dalam bentuk sascet terkecil sehingga pemberian ke pegawai sesuai.

i. Jumlah Kegiatan Pelayanan Distribusi Bama Mahasiswa

Kegiatan ini mulai Tahun 2018.

Pelayanan Bahan makanan Mahasiswa sudah dilakukan dengan cakering pada semester II bulan Juli 2018.

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pelayanan distribusi BAMA Mahasiswa	360 Lap/thn	lap/thn	101%	360 Lap/thn	92 lap/thn	25%

Permasalahan:

- Capaian distribusi bahan makanan mahasiswa rendah, karena makanan mahasiswa pengadaannya dengan cara makanan jadi di semester II tahun 2018

Usulan Pemecahan Masalah:

- Untuk tahun 2019 tetap dilakukan pengadaan makanan agar bisa mengurangi biaya dan sampah

j. Jumlah Kegiatan Pelayanan Permintaan Kendaraan Dinas

Kondisi yang dicapai:

Pelayanan permintaan kendaraan dinas baik dipergunakan untuk kegiatan di daerah maupun ke wilayah tercapai

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Kegiatan Pelayanan Permintaan Kendaraan Dinas	899 lap/thn	2784 lap/thn	309%	899 lap/thn	1944 lap/thn	216%

Permasalahan:

- Capaian sangat tinggi, sebesar 216%, karena banyaknya permintaan kendaraan untuk kegiatan *dropping*, *rolling* dan rujukan pasien dan penjemputan pasien.

Usulan Pemecahan Masalah:

- Untuk tahun yang akan datang dilakukan penambahan SDM driver dan penambahan kendaraan atau dilakukan kerjasama dengan pihak luar.

k. Jumlah Kegiatan Penataan Aset

Kondisi yang dicapai:

Pelayanan penataan aset baik dipergunakan untuk kegiatan di daerah maupun ke wilayah tercapai

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Kegiatan Penataan Aset	90 keg/thn	120 lap/thn	136%	90 keg/thn	92 lap/thn	102%

Permasalahan:

- Belum adanya penghapusan barang yang sudah rusak, karena menunggu terbitnya PSP/ Penetapan Status Penggunaan dan SK Tim Penghapusan dari pusat

Usulan Pemecahan Masalah:

- Koordinasi dengan KPKNL Malang, agar segera menerbitkan Menunggu PSP (Penetapan Status Penggunaan).

I. Jumlah Permintaan Pemindahan User/Pindah Ruang

Kondisi yang dicapai:

Permintaann pemindahan user / pindah ruang di dalam lokasi Rumah Sakit terpenuhi

IndikatorKinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah Permintaan Pemindahan User/Pindah Ruang	25 keg/thn	15 lap/thn	72%	25 keg/thn	20 lap/thn	80%

Permasalahan:

- tidak terjadwal perencanaan dalam melakukan pelaksanaan kegiatan renovasi dan rehabilitasi gedung dan bangunan di RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- Terjadinya peningkatan volume kegiatan pemindahan dikarenakan adanya renovasi dan rehabilitas gedung pelayanan

Usulan Pemecahan Masalah:

- Pelaksanaan kegiatan harus disesuaikan dengan jadwal yang sudah ada
- Diusulkan pada tahun 2019, pemindahan inventaris dilakukan oleh pihak ketiga

M. Kinerja Satuan Keamanan

IndikatorKinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kegiatan Satuan Pengamanan melaksanakan Pengamanan	13 Kegiatan	13 Kegiatan	100%	13 Kegiatan	14 Kegiatan	100%

Permasalahan:

- Di lapangan masih terjadi kurangnya koordinasi petugas keamanan dalam menjalankan tugas keamanan dan ketertiban di rumah sakit .
- Penyedia kurang aktif dalam pemantauan

Usulan Pemecahan Masalah:

- Meningkatkan komunikasi dengan penyedia dan koordinator keamanan di lapangan

Kinerja Hukormas Tahun 2018

Capaian Kinerja tahun 2018 sebagai berikut:

PROGRAM KERJA TAHUN 2016	KEGIATAN	SUB KEGIATAN	SATUAN	Target 2017	Realisasi Tahun 2018	% Capaian
Implementasi dan Evaluasi Kepuasan Pasien dan Masyarakat	Terlaksananya kegiatan survei kepuasan pasien dan masyarakat	1. Menyiapkan blanko survei; 2. Pelaksanaan survei; 3. Evaluasi survei	Indeksnilai IKM	80	82,22	102,66 %
Implementasi dan Evaluasi Survei Komplain yang Ditindaklanjuti	Terlaksananya penanganan komplain	1. Penanganan komplain; 2. Pelaporan komplain	Prosentase	100%	100%	100,00 %
Kerjasama Dengan Jejaring Pelayanan	Pembuatan MoU	1. Merealisasikan MoU Pelayanan	Jumlah	12	20	166,67 %
		2. Merealisasikan MoU Pengelolaan/KSO	Jumlah	30	13	43,33%
		3. Merealisasikan MoU Pendidikan	Jumlah	46	26	56,52%
Pelaksanaan Program Unit Kerja Sub Bagian Hukormas	Keprotokoleran	1. Upacara	Kegiatan	12	14	116,66 %
		2. Apel	Kegiatan	49	48	97,96%
		3. Penerimaan Tamu Pejabat	Kegiatan	16	21	131,26 %
		4. Dokumentasi	Kegiatan	50	83	166,00 %
	Informasi	1. Penerimaan telepon masuk	Kegiatan	4938	4847	98,16%
		2. Penyambungan telepon keluar	Kegiatan	7484	10648	142,94 %
		3. Media internal - Banner - Tingtong	Kegiatan	19	62	326,36 %
				230	934	406,08 %
		4. Media massa: - Internal - Eksternal	Kegiatan	78	94	120,51 %
	40			61	152,50 %	
	5. Layanan: - Sosial media (email, WA) - Kotak saran	Kegiatan	144	415	288,19 %	
			153	251	164,05 %	
	Duty Manajer	Pelaksanaankegiatan Duty Manajer	Kegiatan	480	517	107,71 %
Penyusunan SK	Merealisasikan SK direktur Utama	Kegiatan	33	123	372,72 %	

	berdasarkan disposisi			
JadwalSif	Pelaksanaan Jadwal Sif	Kegiatan	Terlaksana	100%
JUMLAH RATA – RATA CAPAIAN				163,01 %

Dari tabel tersebut di atas di peroleh capaian kinerja di subbagian hukormas pada tahun 2018 dengan jumlah rata – rata 163,01%. Adapun analisa dan rencana tindak lanjutnya seperti di bawah ini:

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
1	Terlaksananya kegiatan survei kepuasan pasien dan masyarakat nilai IKM tercapai 82,22 kategori sangat baik	Survey kepuasan pasien dan masyarakat dilaksanakan berdasarkan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor Per – 24/PB/2018 tentang Perubahan atas Peraturan Direktur Perbendaharaan Nomor PER 24/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan pada kepuasan pelanggan target 80 untuk tahun 2018 nilai IKM berdasarkan (KEP/25/M.PAN/2/2004) tercapai 82,22 . Walaupun tercapai namun masih ada beberapa unsur pelayanan yang perlu ditingkatkan seperti: 1. Prosedur pelayanan 2. Kecepatan pelayanan 3. Persyaratan pelayanan 4. Keadilan pelayanan	1. Hasil survei kepuasan pelanggan di laporkan ke direktur utama, jajaran direksi dan seluruh unit kerja terkait 2. Hasil survei disampaikan pada acara tinjauan manajemen ISO 9001:2015 rencananya pada bulan Januari 2019 3. Hasil survei di Feedback ke unit kerja
2	Terlaksananya penanganan komplain (100%)	Pengelolaan penanganan komplain pada tahun 2018 sejumlah 124 komplain tercapai melebihi target yakni 100% dikarenakan setiap ada komplain segera dilakukankordinasi sesuai kategori grading (merah, kuning, hijau) walaupun tindak lanjutnya belummaksimal apalagi terkait dengan sarana prasarana yang realisasinya diperlukan perencanaan dan prioritas. Sumber data: survei IKM, duty manager dan komplain langsung, kotak saran dan media sosial WhatsApp	Terus berupaya menyelesaikan permasalahan jika terjadi komplain sesuai kategori dan standar yang ditetapkan melalui koordinasi dengan unit terkait
3	Pembuatan MoU: pelayanan 166,67%, pengelolaan/KSO 43,33%, pendidikan 56,52%	Realisasi MoU pelayanan melebihi target yang ditetapkan yakni 166,67% dikarenakan adanya kebutuhan dan perluasan jejaring pelayanan kesehatan jiwa sedangkan MoU pengelolaan/ KSO dan MoU pendidikan tidak mencapai	Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap MoU mulai tahun berjalan dan tahun berakhir: a. MoU pelayanan

		target dikarenakan adanya variasi masa berakhir dan batasan waktu antara 1 - 5 tahun dengan evaluasi dilakukan setiap tahun untuk dapat dilanjutkan, dihentikan atau diperbaharui dengan perpanjangan surat	<p>b. MoU pengelolaan /KSO</p> <p>c. MoU pendidikan</p>
4	<p>Keprotokoleran: upacara 116,66%, apel 97,96%, penerimaan tamu pejabat 131,26%, dokumentasi (166,00%)</p>	<p>Keprotokoleran pada :</p> <p>a. Upacara tercapai 116,66% dikarenakan di dalam kegiatan dilaksanakan selain sesuai jadwal jaga adanya tambahan kegiatan misalnya pada tahun 2018 ini: peringatan hari kartini, sedangkan pelaksanaan kegiatan apel kurang dari target capaian yakni 97,96% dikarenakan pada jadwal apel terkadang bersamaan dengan kegiatan pelaksanaan upacara.</p> <p>b. Penerimaan tamu pejabat tercapai 131,26%, melebihi target yang ditetapkan dikarenakan seringnya menerima tamu Kemenkes maupun tamu lain terkait dengan kegiatan rumah sakit.</p> <p>c. Dokumentasi tercapai 166% dikarenakan berkaitan dengan penerimaan tamu pejabat dan kegiatan lain yang memerlukan pendokumentasian.</p>	<p>Melakukan koordinasi dan monitoring setiap kegiatan keprotokoleran:</p> <p>a. Upacara b. Apel c. Penerimaan tamu pejabat d. Dokumentasi</p>
5	<p>Informasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penerimaan telepon masuk 98,16%, - Penyambungan telepon keluar 142,94%, - media internal banner 326,36%, tingtong 406,08% - Layanan telepon, sosial media, 288,19%, permintaan, kotak saran (164,05%) - media massa, internal 120,51%, 	<p>Pelayanan informasi secara umum mengalami peningkatan permintaan: telepon keluar, media internal, media massa, media sosial dan kotak saran namun dalam pelaksanaannya di perlukan koordinasi dan konsolidasi dengan direktorat/unit kerja terkait</p>	<p>a. Melakukan monitoring dan evaluasi terutama pada telepon masuk dengan nomor telepon yang tidak dikenal yang bisa akses langsung keruangan dengan mengatasmakan petugas dikarenakan pernah beberapa kali ada kejadian. dan penyambungan telepon keluar melalui petugas helpline service yang standby 24 Jam di IGD</p> <p>b. Melakukan pemantauan terhadap media internal dan penawaran media eksternal yang</p>

	eksternal 152,50%		keberadaannya masih diperlukan verifikasi.
6	Duty manajer 107,71%	Kegiatan duty manajer mencapai target sebesar 107,71%, hal tersebut sesuai dengan jadwal dan mekanisme yang ditetapkan.	Melakukan monev pelaksanaan tugas duty manajer melalui jadwal, kehadiran dan laporankepimpinan
7	Pembuatan SK 372,72%	Capaian kegiatan pembuatan SK di paruh pertama tahun 2018 melebihi target sebesar 372,72 hal tersebut berkaitan besarnya kebutuhan pembuatan SK dalam tata kelola organisasi di lingkungan rumah sakit	Melakukan monev pelaksanaan kegiatan pembuatan SK dan dibuat standar prosedur pembuatan SK organisasi.
8	Jadwal Shift	Saat ini ada 5 staf di subbagianhukormasmelaksanakantugas di helpline service 24 jam di IGD denganpenjadwalantugas pagi, siangdanmalamsesuaiaturanyangditetapkandengan rata ratapelaksanaantugasdalam semester I sebagaiberikut: Pagi @ 9 x, siang @ 7x, Malam @7x	Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaanj agashift Melakukan koordinasi jika terjadi permasalahan Mengkonsultasikan dan melaporkan pada atasan langsung

LAMPIRAN KEGIATAN SUBBAGIAN HUKORMAS TAHUN 2018

NO	KEGIATAN	BULAN														JUMLA H
		JAN	FEB	MRT	APR L	MEI	JUN	JUMLA H	RAT A- RAT A	JULI	AGUS T	SEPT	OKT	NOP	DES	
1	Survey kepuasan pasien dan masyarakat	-	-	82,82	-	-	81,47	-	82,19	-	-	82,85	81,58	81,87	80,69	82,13
2	Penanganan komplain	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pembuatan MoU															
	a. Pelayanan	3	5	3	1	1	3	16	2,6	1	-	1	-	2	-	20
	b. Pengelolaan/KSO	1	4	-	-	2	-	7	1,1	-	2	1	-	1	2	13
	c. Pendidikan	1	2	9	-	-	-	13	2,1	3	2	1	2	4	1	26
4	Keprotokoleran :															
	a. Upacara	1	1	1	2	1	1	7	1,1	1	1	1	1	2		14
	b. Apel	5	3	3	4	4	3	22	3,6	5	4	4	5	4	1	48
	c. Penerimaan tamu pejabat	2	1	2	1	-	1	8	1,3	2	1	3	1	3	4	21
	d. Dokumentasi	8	3	7	3	4	2	27	4,5	10	7	11	12	9	37	83
5	Informasi															
	a. Penerimaan telepon masuk	394	326	378	319	385	354	2156	359,3	435	549	398	463	404	442	4847
	b. Penyambungan telepon keluar	897	1037	902	859	686	572	4953	3	954	920	898	994	952	1027	10698
	c. Informasi yang	4	9	36	33	31	31	144	825,	65	48	52	49	57	54	415

	diterima :	137	111	108	70	124	153	703	5	168	163	128	114	127	201	1601
	- Media Sosial	10	59	22	3	53	6	153	24	22	41	14	5	15	1	251
	- Telepon															
	- Kotak Saran								117,1							
	d. Informasi media internal	2	2	5	2	4	4	19	25,5	7	2	8	11	12	3	62
	- Banner	162	134	148	16	144	32	780		22	24	28	28	24	28	934
	- Tingtong	11	4	5	5	8	2	35		4	9	12	13	12	9	94
	e. Informasi media masa	25	1	2	2	10	1	41	3,1	2	3	7	5	1	2	61
	- Internal								130							
	- Eksternal								5,8							
									6,8							
6	Duty Manager	40	37	41	39	42	49	248	41,3	40	37	40	38	39	39	517
7	Pembuatan SK	7	10	4	11	3	3	38	6,3	12	16	9	19	21	8	123
8	Pelaksanaan jadwal shift sejumlah 5 orang @ :	43	28	31	30	31	51	214	35,6	46	40	44	36	55	40	475
	a. pagi	23	28	31	30	31	29	172	28,6	22	32	28	42	29	40	365
	b. siang	23	28	31	30	31	30	173	28,8	32	33	33	30	22	30	353
	c.malam															

CAPAIAN INDIKATOR MUTU HUKORMAS TAHUN 2018

NO	INDIKATOR KINERJA	NILAI STANDAR	BULAN												JUMLAH
			JAN	FEB	MRT	APRL	MEI	JUN	JULI	AGUST	SEPT	OKT	NOP	DES	
1	Survey Kepuasan Pelanggan	≥ 80%			82,82			81,47			82,85	81,58	81,87	80,69	analisa survei dilakukan setiap tiga bulan s,d tw.3, selanjutnya setiap bulan, Analisa komplain dilakukan setiap bulan
2	Kecepatan Respon Komplain	≥ 75%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
3	Pendampingan Masalah Hukum	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	analisa dilakukan setiap bulan

❖ Instalasi Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum

Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)

Indikator Kinerja	Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian
	Kegiatan / tahun		'%
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Gedung/ Bangunan Fisik	360	505	140,28 %
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Saluran Air Bersih	360	400	111,11 %
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Jaringan Listrik dan Komunikasi	600	671	111,83 %
Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Mesin (Mesin Otomatis, Mesin Produksi, Mesin Energi)	55	48	87,27 %
Kegiatan monev tercapai	68	45	66,18 %
Survei tercapai	12	8	66,67 %
Perbaikan SOP	10	10	100 %
Rata-rata			85,42 %

a. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Gedung/Bangunan Fisik

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2018 tercapai jumlah pemeliharaan gedung/bangunan fisik sebesar 505 kegiatan (140,28 %) dan melebihi 100%, hal ini disebabkan karena meningkatnya kerusakan sarpras bangunan gedung serta meningkatnya jumlah permintaan pemeliharaan/perbaikan dari unit kerja.

Permasalahan :

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

Usulan Pemecahan Masalah :

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

b. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Saluran Air Bersih :

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2018 tercapai jumlah pemeliharaan saluran air bersih sebesar 400 kegiatan (111,11%).

Permasalahan

Sering terjadi kebocoran/kebuntuan pipa yang merupakan jaringan pipa air bersih sejak jaman Belanda yang sudah keropos, sehingga perlu diganti perpipaannya, jaringan pipa gedung bertingkat dengan mempergunakan tandon air dan pompa air sering terjadi gangguan dan kerusakan pada pompa air. Selain itu juga terjadi masalah kran dan wastafel bocor.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Melakukan upaya pemeliharaan/perbaikan pompa celup submersible pada lokasi sumber mata air bersih telaga Sentul dengan kualitas pompa yang lebih baik
- Perlu pengadaan cadangan untuk pompa air untuk instalasi/jaringan air bersih gedung bertingkat yang menggunakan tandon air dan pompa air.

c. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Jaringan listrik dan Komunikasi :

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2018 tercapai jumlah pemeliharaan jaringan listrik dan komunikasi sebesar 671 kegiatan (111,83%).

Permasalahan :

- Kadang masih terjadi listrik mati beberapa menit/detik di area lokasi yang disebabkan karena meningkatnya daya puncak listrik dan secara otomatis Panel listrik/MCB akan turun
- Meningkatnya pemakaian daya listrik sehubungan dengan bertambahnya pengadaan baru alat kesehatan dan mesin-mesin non medik
- Belum memiliki UPS dengan kapasitas daya listrik tinggi pada area lokasi unit kerja yang membutuhkan

Usulan Pemecahan Masalah :

- Pengadaan UPS untuk cadangan apabila masih terjadi listrik mati di beberapa area unit kerja
- Penambahan daya listrik dari 500 KVA menjadi 1000 KVA
- Menata ulang/mengganti dan menambah panel listrik dan jaringan kabel listrik yang lama/usia tua
- Meningkatkan monitoring pemeliharaan sarana yang ada agar jaringan listrik dan suply listrik tetap terjaga (listrik hidup 24 jam)

d. Jumlah Kegiatan Pemeliharaan Mesin :

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2018 tercapai jumlah pemeliharaan mesin sebesar 48 kegiatan (87,27%).

Permasalahan :

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

Usulan Pemecahan Masalah :

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

e. Jumlah Kegiatan monev tercapai :

Kondisi yang dicapai :

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

Permasalahan :

Ada kegiatan yang sulit dilakukan monev

Usulan Pemecahan Masalah :

Membuat perencanaan dan meningkatkan kemampuan dalam monev tertentu

f. Jumlah Kegiatan survey tercapai :

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2018 tercapai jumlah kegiatan survey sebesar 8 kegiatan (66,67%).

Permasalahan :

Survey sudah dilaksanakan secara maksimal

Usulan Pemecahan Masalah:

Meningkatnya volume pelaksanaan survey

g. Jumlah Kegiatan Perbaikan SOP:

Kondisi yang dicapai :

Terjadi kenaikan jumlah perbaikan SOP pada tahun 2018, hal ini disebabkan karena revisi dokumen SOP format lama menjadi SOP AP sudah dilaksanakan sehubungan dengan terlaksananya akreditasi dengan hasil lulus paripurna

Permasalahan :

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

Usulan Pemecahan Masalah :

- Menganalisa perubahan prosedur kegiatan disesuaikan dengan kebutuhan di lapangan.

OVERALL EFFECTINESS EQUIPMENT (OEE)

Rentang Waktu Pengukuran dalam hal ini digunakan waktu selama kurun waktu 1 tahun yaitu Tahun 2018.

Nilai OEE di hitung dengan mempertimbangkan tiga faktor, yaitu

1. Availability
2. Performance
3. Quality

Instalasi Binatu Memiliki Mesin yang harus dihitung nilai OEE untuk menilai efektifitas mesin dalam proses produksi.

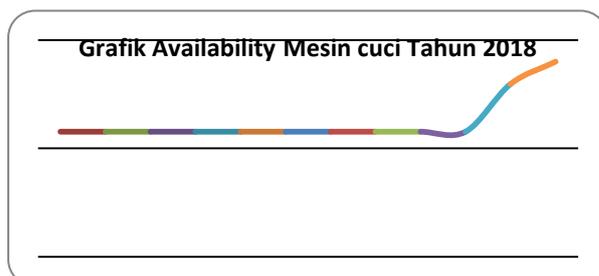
A. Mesin Cuci

1. Avaibility Washing Machine

Tahun 2018 Jumlah Mesin cuci yang di gunakan untuk proses produksi di dapatkan angka sebagai berikut :

NO	MESIN	Usia mesin (Tahun)	Run Time (hour)	Plan Production Time (hour)	Available (%)
1	Mesin1	24	240	960	25
2	Mesin 2	22	240	960	25
3	Mesin 3	19	600	960	62,5
4	Mesin 4	17	600	960	62,5
5	Mesin 5	16	600	960	62,5
6	Mesin 6	15	240	960	12,5
7	Mesin 7	13	240	960	25
8	Mesin 8	10	240	960	25
9	Mesin 9	5	720	960	75
10	Mesin 10	1	960	960	100
11	Mesin 11	0.08	154	154	100
12	Mesin 12	0.08	154	154	100
13	Mesin 13	0.08	154	154	100

Dari data tersebut diatas pada bulan Desember 2018 Instalasi Binatu mendapatkan 3 buah mesin baru sehingga pada akhir tahun 2018 dan 5 unit mesin dengan available time kurang dari 50 % dilakukan penyerahkan kembali. Secara operasional dengan menggunakan 3 buah mesin baru maka di dapatkan nilai Availability seperti grafik di bawah



2. Performance Washing Machine

Dalam menghitung performance sebuah mesin maka dengan membandingkan jumlah produksi yang di hasilkan oleh sebuah mesin dengan waktu.

Untuk mengetahui performance washing machine maka disampaikan data sebagai berikut :

NO	MESIN	Usia mesin (Tahun)	Ideal Cycle Time (minute)	Total product per cycle time (kg)	Run Time	Performance (%)
1	Mesin1	24	45	10	240	18,52
2	Mesin 2	22	45	10	240	12,35
3	Mesin 3	19	45	15	600	55,56
4	Mesin 4	17	45	15	600	27,78
5	Mesin 5	16	45	15	600	46,30
6	Mesin 6	15	45	10	240	12,35
7	Mesin 7	13	45	12	24	14,81
8	Mesin 8	10	45	10	240	18,52
9	Mesin 9	5	45	35	720	89,23
10	Mesin 10	1	45	50	720	93,24
11	Mesin 11	0.08	45	25	154	98,15
12	Mesin 12	0.08	45	50	154	98,15
13	Mesin 13	0.08	45	50	154	98,15

3. Quality Washing Machine

Dalam menghitung Quality adalah dengan membandingkan nilai keluaran yang memenuhi standart dengan jumlah total nilai keluaran.

Nilai Quality washing mesin cuci adalah dengan menghitung dari angka reject atas hasil keluaran mesin cuci.

NO	MESIN	Usia mesin (Tahun)	Product per cycle	Reject	Quality
1	Mesin1	24	10	2	80,00
2	Mesin 2	22	10	2	80,00
3	Mesin 3	19	15	0,5	96,67
4	Mesin 4	17	15	0,5	96,67
5	Mesin 5	16	15	0,5	98,00
6	Mesin 6	15	10	2,5	75,00
7	Mesin 7	13	12	2	83,33
8	Mesin 8	10	10	2	80,00
9	Mesin 9	5	35	0,1	99,80
10	Mesin 10	1	50	0,1	99,82
11	Mesin 11	0.08	25	0	100,00
12	Mesin 12	0.08	50	0	100,00
13	Mesin 13	0.08	50	0	100,00

Dari ketiga faktor tersebut diatas (availability, performance dan Quality) maka didapatkan nilai Overall Effectifness Equipment untuk washing Machine adalah sebagai berikut :

NO	MESIN	Usia mesin (Tahun)	Good Product	Ideal Cycle Time	Plan Production Time	OEE
1	Mesin1	24	8	240	960	20,00
2	Mesin 2	22	8	240	960	20,00
3	Mesin 3	19	14,5	600	960	60,42
4	Mesin 4	17	14,5	600	960	60,42
5	Mesin 5	16	24,5	600	960	61,25
6	Mesin 6	15	7,5	240	960	18,75
7	Mesin 7	13	10	240	960	20,83
8	Mesin 8	10	8	240	960	20,00
9	Mesin 9	5	49,9	720	960	74,85
10	Mesin 10	1	56,9	960	960	99,82
11	Mesin 11	0.08	27	154	154	100,00
12	Mesin 12	0.08	50	154	154	100,00
13	Mesin 13	0.08	50	154	154	100,00

OEE = (GOOD PIECES X IDEAL CYCLE TIME) / PLANNED PRODUCTION TIME

Instalasi Kesehatan Lingkungan.

Capaian Kinerja Instalasi Kesling Tahun 2018

Program Kerja Tahun 2018	Kegiatan	Sub Kegiatan	Target 2018	Realisasi Tahun 2018	Capaian
Penatalaksanaan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit	Terlaksananya kegiatan pemeliharaan mesin / sarana prasarana kesling	Pemeliharaan mesin dan sarana prasarana kesling	12	2	100%
		Monitoring kegiatan kesling	108	111	102,7%
	Terlaksananya kegiatan pengamatan kesehatan lingkungan	Penyuluhan kesehatan lingkungan	3	2	66,7%
		Pemeriksaan kualitas kimia air bersih, air minum dan udara ambien	2	2	100%
		Pemeriksaan kualitas udara ambien dan uji emisi	2	2	100%
		Pemeriksaan laboratorium air limbah	12	12	100%
		Pemeriksaan makanan jadi, air bersih, air minum, sterilitas instrumen, kualitas udara ruang, usap alat/lantai tercapai.	4	4	100%
		Pengendalian vektor dan binatang pengganggu	132	132	100%
	Terlaksananya pengelolaan sampah medis	Pemusnahan sampah medis	54	54	100%
	Terlaksananya pengelolaan limbah cair	Pengurasan bak lift station	1	1	100%

Program Kerja Tahun 2018	Kegiatan	Sub Kegiatan	Target 2018	Realisasi Tahun 2018	Capaian
		Pengawasan kualitas limbah cair	192	192	100%
		Pelaksanaan pengelolaan limbah cair	239	239	100%
		Pemeliharaan saluran air limbah	96	96	100%
	Terlaksananya program penghijauan/Green hospital	Peremajaan taman	1	1	100%
		Program composting/pembibitan	1	1	100%
	Tercapainya kegiatan administrasi Kesling	Paket surat menyurat	12	12	100%
	Pemenuhan legalitas sarana dan peralatan sanitasi RS	Pengurusan ijin incinerator/MOU dengan pihak ketiga pengolahan limbah B3 (medis)	1	1	100%
	Terlaksananya kegiatan peningkatan kemampuan dan skill SDM di Kesling	Pelatihan Kesling	1	1	100%
RATA-RATA CAPAIAN					98%

Dari tabel tersebut dapat diketahui rata-rata capaian kegiatan Instalasi Kesling tahun 2018 adalah 98%. Adapun analisa dan rencana tindak lanjutnya disebutkan dalam tabel berikut :

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab	Rencana Tindak Lanjut
1	Penyuluhan	Pelaksanaan penyuluhan kepada penjual makanan di kantin tidak terealisasi karena terkendala dengan kesibukan penjual.	kegiatan penyuluhan kepada penjual makanan di kantin akan dikoordinasikan lebih baik lagi sehingga kegiatan bisa terlaksana sesuai dengan rencana
2	Pengurusan ijin insinerator	Pengurusan ijin insinerator terkendala persyaratan teknis insinerator yaitu : a. Kondisi hanya 1 tungku bakar (persyaratan harus ada 2 tungku bakar) b. Tidak mempunyai wet scrubber	Melakukan perjanjian kerjasama dengan pihak pengelola limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) yang mempunyai ijin dari KLHK (Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan)

PROGRAM RUMAH SAKIT BERSIH RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT
LAWANG
PERIODE : JANUARI – DESEMBER 2018

Penilaian RS bersih dilakukan secara berkala tiap 3 bulan sekali terhadap beberapa variable penilaian sebagaimana tercantum dalam tabel berikut :

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
1	Kebersihan Fisik Halaman	10	Kebersihan Fisik Halaman	100	
			a. Tersedia tempat sampah tertutup yang mudah dijangkau	10	10
			b. Tidak ada sampah berserakan	10	8,2
			c. Tidak terdapat genangan air	10	10
			d. Terdapat pohon peneduh	5	5
			e. Pembatas jalan selalu bersih dari noda dan kotoran	10	10
			f. Pagar pembatas selalu bersih	10	9,8
			g. Tersedia penerangan luar ruangan (<i>outdoor</i>)	10	10
			h. Tersedia kran air untuk pembersihan dan penyiraman	10	10
			i. Saluran air lancar	10	9
			j. Tidak ditemukan binatang pengganggu, seperti kucing, tikus, anjing, dll	5	4,8
			k. Taman terpelihara	10	8,4
	Total				952
2	Kebersihan Fisik Bangunan	10	Kebersihan Fisik Bangunan (secara umum dari semua ruangan)	100	
			a. Tidak terdapat sampah berserakan	10	10
			b. Lantai bersih dan tidak licin	10	9
			c. Dinding berwarna terang dan bersih	10	9,3
			d. Ventilasi udara cukup atau menggunakan peralatan mekanik	10	10
			e. Sirkulasi udara baik disetiap bangunan	10	10
			f. Langit-langit bersih dan tidak bocor	10	8,7
			g. Penerangan cukup disetiap ruangan	10	10

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
			h. Instalasi kabel dan pipa rapi	10	10
			i. Bebas serangga dan binatang pengganggu	5	4,1
			j. Tidak berdebu	5	5
			k. Tersedia sarana cuci tangan pakai sabun/desinfektan	10	10
	Total				961
3	Kebersihan Fisik Toilet dan Kamar Mandi	10	Kebersihan Fisik Toilet dan Kamar Mandi (secara umum dari semua toilet)	100	0
			a. Tersedia toilet yang cukup untuk pasien, pengunjung, dan petugas serta berfungsi dengan baik	20	20
			b. Toilet bersih, tidak berbau, dan kering	20	18
			c. Tersedia sarana cuci tangan pakai sabun	20	20
			d. Bebas dari serangga pengganggu	10	9
			e. Kemiringan lantai cukup	10	10
			f. Tidak terdapat genangan air	10	10
			g. Sirkulasi udara baik	10	10
	Total				970
4	Penanganan Sampah	10	Penanganan Sampah	100	0
			a. Adanya pemilahan antara sampah medis dan non-medis	20	20
			b. Sampah tidak berserakan	20	20
			c. Tempat sampah tertutup dan dilapisi kantong plastik sesuai jenis sampah	20	20
			d. Tersedia tempat penampungan sementara dan diangkut setiap hari	20	20
			e. Tersedia fasilitas pemusnahan sampah medis atau bekerja sama dengan pihak ketiga	20	20
	Total				1000
5	Ketersediaan Air Bersih	10	Ketersediaan Air Bersih	100	0
			a. Tersedia air bersih yang cukup untuk setiap kegiatan	50	50
			b. Kualitas air bersih memenuhi syarat	50	48,75
	Total				987,5

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
6	Hygiene dan Sanitasi Pangan	10	Hygiene dan Sanitasi Pangan (untuk pasien)	100	0
			a. Makanan dikemas/disajikan dalam wadah bersih dan tertutup	50	50
			b. Penjamah makanan sehat, bersih, dan menggunakan APD	50	50
	Total				1000
7	Pengolahan Limbah Cair	10	Pengolahan Limbah Cair	100	
			a. Memiliki IPAL	40	40
			b. Saluran air limbah tertutup dan lancar	30	29,25
			c. Kualitas outlet limbah cair memenuhi baku mutu	30	30
	Total				992,5
8	Penanganan Serangga dan Binatang Pengganggu	5	Penanganan Serangga dan Binatang Pengganggu	100	
			a. Kepadatan jentik Aedes sp yang diamati melalui indeks kontainer harus 0	50	30
			b. Semua ventilasi dilengkapi dengan kasa anti nyamuk	10	1,2
			c. Semua ruangan bebas dari kecoa terutama pada dapur, gudang makanan, dan ruang steril	10	20
			d. Tidak ditemukannya tanda-tanda keberadaan tikus, terutama pada daerah bangunan tertutup	10	9,775
			e. Tidak ditemukan lalat di dalam ruang tertutup	10	10
			f. Tidak ditemukannya binatang pengganggu	10	8,275
	Total				346,25
9	Pelestarian Lingkungan	5	Pelestarian Lingkungan	100	
			a. Terdapat pohon pelindung yang cukup	30	30
			b. Terdapat biopori	30	20
			c. Adanya pembuatan pupuk kompos	30	15
			d. Efisiensi penggunaan air	10	8
	Total				365
10	Gerakan Kebersihan	5	Gerakan Kebersihan	100	0
			a. Adanya Gerakan Jumat Bersih atau sejenisnya	50	50

No	Variabel	Bobot	Komponen yang Dinilai	Nilai	TOTAL
			b. Adanya kebijakan tertulis mengenai Gerakan Jumat Bersih atau sejenisnya	50	40
	Total				450
11	Edukasi Perilaku Sehat	10	Edukasi Perilaku Sehat	100	
			Adanya media promosi tentang kebersihan (memasang himbauan, stiker, poster, leaflet tentang kebersihan, larangan merokok, CTPS, dilarang meludah sembarangan)		
			a. Seluruh lingkungan RS	100	100
			b. Sebagian	50	
	Total				1000
12	Penyelenggaraan	5	Penyelenggaraan	100	
			a. Memiliki unit kerja kebersihan	20	20
			b. Petugas kebersihan profesional dan bertanggung jawab	10	10
			c. Memiliki program pemeliharaan kebersihan	20	20
			d. Melaksanakan monitoring rutin	20	20
			e. Melaksanakan pencatatan	10	10
			f. Memiliki dukungan kebijakan tertulis direksi rumah sakit tentang upaya-upaya dalam mencapai rumah sakit bersih	20	20
	Total				500
	TOTAL	100	Total Hasil Penilaian	100	9525

Hasil penilaian :

- Tribulan I (Januari – Maret) tahun 2018 adalah 9476
- Tribulan II (April – Juni) tahun 2018 adalah 9558
- Tribulan III (Juli – September) tahun 2018 adalah 9489,5
- Tribulan IV (Oktober – Desember) tahun 2018 adalah 9574,5

Dari hasil tersebut diperoleh rata-rata hasil penilaian sebesar 9525

Nilai Tingkes

a. RSB (Rumah Sakit Bersih)

- Penilaian rumah sakit bersih tahun 2018 adalah 9525 dengan kategori BERSIH

b. Proper Lingkungan : Proper lingkungan RS masuk kategori HITAM karena ada beberapa hal yang belum terpenuhi dari pemeriksaan dan pemantauan lingkungan

Pencapaian Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit / SIRS

a. Pengembangan sarana dan penerapan IT

Kondisi yang dicapai :

Pencapaian target pengembangan aplikasi tahun 2018 rata-rata tercapai 91 % dikarenakan keterbatasan programmer yang ada. Beberapa kegiatan yang telah dilakukan pada tahun 2018 sebagai berikut :

- **Pengembangan aplikasi SIMRS** telah dikerjakan pemrograman :
 - Modul pemetaan pola tarif eKlaim INACBG untuk mempercepat entry data klaim BPJS.
 - Aplikasi SMS Blast untuk pengingat control lewat SMS
 - Modul form Diagnosa Awal, form Protokol Rehabilitasi Psikososial, form Usulan Pulang, form General Consent Rawat Jalan, form Assesmen Gizi
- **Aplikasi Farmasi** yang telah diimplementasikan di akhir tahun 2017 dan di tahun 2018 dibutuhkan pemrograman lanjutan berupa integrasi dengan aplikasi SIMRS untuk data pasien, data obat, data resep obat.
- **Integrasi Aplikasi Persediaan** dengan total 17 data yang diintegrasikan sesuai juknis aplikasi persediaan. Khusus integrasi aplikasi Farmasi diperlukan pengolahan data master obat berupa template kode aplikasi persediaan, nama barang, harga dan transaksi pembelian penjualan.
- **Integrasi SIMRS dengan eKlaim INACBG** adalah sistem untuk mempermudah entri data klaim tanpa double entry, pada tahun 2018 sudah bisa terimplementasi.
- **Integrasi SIMRS dengan vClaim SEP BPJS** adalah sistem untuk mempermudah cetak SEP peserta BPJS, pada tahun 2018 sudah dibuat modul dengan menggunakan akses ID Tester.
- **Aplikasi SISMADAK** merupakan sistem untuk mendukung kegiatan Akreditasi SNARS berupa pengelolaan data dokumen akreditasi RS, pada bulan Maret 2018 telah dilakukan instalasi server, sosialisasi dan maintenance oleh pihak IT.
- **Integrasi Aplicares BPJS** adalah aplikasi berupa dashboard untuk melihat informasi pemakaian dan kapasitas tempat tidur rawat inap yang dimiliki BPJS. Pada bulan Juli 2018 sudah dilakukan bridging dengan SIMRS menggunakan kode ID Production yang diberikan oleh BPJS.
- Target yang sama pada tahun 2017 dilanjutkan pada tahun 2018 untuk dilakukan update pemrograman berkelanjutan sesuai kebutuhan, yaitu :

Modernisasi Pengelolaan BLU, Website, Pendaftaran Online, Informasi Ketersediaan Tempat Tidur.

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kegiatan pemrograman software	1000	1165	117 %	800	681	85 %
Pengembangan Aplikasi SIMRS	0,8	0,8	100 %	0,8	0,8	100 %
Penerapan Modernisasi Pengelolaan BLU	1	1	100 %	1	0,95	95 %
Pengembangan Software Aplikasi dan Website	1	1	100 %	1	1	100 %
Penerapan Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan Online	1	1	100 %	1	0,8	80 %
Penerapan Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	1	1	100 %	1	1	100 %
Penerapan Aplikasi LIS (Laboratory Information System) dengan integrasi SIMRS	-	-	-	1	0,8	80%
Integrasi SIMRS dengan Aplikasi Farmasi	-	-	-	1	0,8	80 %
Integrasi Aplikasi Farmasi dengan Aplikasi Persediaan	-	-	-	1	0,9	90 %
Integrasi SIMRS dengan eKlaim INACBG	-	-	-	1	0,95	90 %
Integrasi SIMRS dengan vClaim SEP BPJS	-	-	-	1	0,8	80 %
Aplikasi SISMADAK	-	-	-	1	1	100 %
Integrasi Aplicares BPJS	-	-	-	1	1	100 %
JUMLAH RATA-RATA CAPAIAN						91 %

Permasalahan :

- Pengembangan aplikasi SIMRS pada tahun 2018, dikerjakan oleh seorang programmer dengan banyaknya permintaan penambahan modul / fasilitas Rekam Medis Elektronik untuk kebutuhan akreditasi sehingga kegiatan perbaikan SIMRS juga semakin banyak, berakibat beberapa kegiatan pengembangan tertunda dan baru bisa terlaksana di akhir tahun.
- Tidak berimbang antara jumlah pekerjaan dengan jumlah SDM programmer dikarenakan staf programmer menangani banyak pekerjaan antara lain pemrograman, analisa aplikasi, perbaikan aplikasi, perawatan

database, perbaikan dan pengolahan data, integrasi aplikasi luar, pendampingan user.

- Status tenaga programmer masih kontrak sehingga kurang memotivasi untuk memaksimalkan kinerja.
- Penerapan Modernisasi Pengelolaan BLU dengan modul webservice BIOS masih perlu dilakukan penyempurnaan input data.
- Penerapan Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan Online masih belum bisa mencapai target persentase IKT walaupun modul integrasi SIMRS sudah dilaksanakan.
- Penerapan Aplikasi LIS (Laboratory Information System) masih belum dioperasionalkan secara maksimal di tahun 2018 karena aplikasi baru selesai diakhir tahun.
- Integrasi SIMRS dengan Aplikasi Farmasi masih memerlukan pengembangan lebih lanjut terutama untuk otomatisasi e-prescribing resep dan e-tiket obat.
- Integrasi Aplikasi Farmasi dengan Aplikasi Persediaan, masih diperlukan penyesuaian dan pengolahan data karena kelemahan aplikasi persediaan dari kementerian keuangan.
- Integrasi SIMRS dengan eKlaim INACBG, masih membutuhkan sedikit penyempurnaan pada hak akses mobilisasi dana.
- Integrasi SIMRS dengan vClaim SEP BPJS, masih menggunakan ID Tester dan akan dilanjutkan ID Production dengan pengusulan ke BPJS.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Pemrograman aplikasi SIMRS diprioritaskan pada maintenance agar operasional SIMRS pada pelayanan berjalan lancar, sedangkan pengembangan SIMRS dilakukan secara bertahap sesuai prioritas. Permintaan pembuatan aplikasi diluar kemampuan dialihkan kepada pihak ke-3 untuk mempercepat implementasi.
- Mengangkat tenaga programer menjadi pegawai BLU sehingga meningkatkan motivasi untuk bekerja lebih efektif, meningkatkan kinerja, dan meningkatkan produktivitas.

b. Pemeliharaan sarana IT

Kondisi yang dicapai :

Pencapaian target tahun 2018 untuk kegiatan pemeliharaan sarana IT rata-rata sudah melebihi target yang telah ditetapkan dengan capaian rata-rata 134 % dan juga peningkatan dibandingkan tahun 2017.

Untuk jumlah kegiatan perbaikan perangkat komputer dan printer pada tahun 2018 mengalami penurunan dibandingkan tahun 2017 dikarenakan sudah dilakukan penggantian perangkat baru yang lebih baik sehingga kegiatan perbaikan bisa berkurang.

Untuk jumlah kegiatan pemeliharaan dan perbaikan jaringan komputer masih mengalami peningkatan dikarenakan pengembangan jaringan yang bertambah dan pemeliharaan yang bertambah.

Indikator Kinerja	Tahun 2017			Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan perangkat komputer	350	356	102 %	300	342	114%
Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan printer	300	275	92 %	200	179	90%
Kegiatan pemeliharaan dan perbaikan jaringan komputer	480	756	158 %	500	986	197%
JUMLAH RATA-RATA CAPAIAN						134 %

Permasalahan :

- Kerusakan perangkat komputer dan printer terjadi karena perangkat sudah lama, tetapi sudah ada trend penurunan kerusakan karena sudah dilakukan penggantian.
- Meningkatnya kegiatan perbaikan jaringan komputer (network) dikarenakan perangkat jaringan di ruang rawat inap sering bermasalah dan perlu penggantian perangkat. Juga adanya pembenahan jaringan komputer pada saat pemindahan posisi komputer di ruang rawat inap. Selain itu banyaknya kegiatan penanganan perbaikan jaringan komputer untuk CCTV berbasis IPCAM.

Usulan Pemecahan Masalah :

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

PROGRAM KERJA INSTALASI BINATU 2019	SUB KEGIATAN	SAT	TAHUN 2017			Tahun 2018			Tahun 2019
			TARGET	CAPAIAN	%	TARGET	CAPAIAN	%	TARGET
Sentralisasi Linen	Perencanaan	Keg	-	-	-	-	-	-	1
	Penyimpanan	Lap	-	-	-	-	-	-	12
	Quality Control	Lap	-	-	-	-	-	-	12
	Perbaikan linen	Lap	-	-	-	-	-	-	12
	Afkir Linen	Lap							12
Pengelolaan, Pencucian dan Kebersihan Linen Rumah Sakit dengan model sentralisasi Linen	Mengambil linen kotor infeksius dan non infeksius	Kg	171.000	171.962	101 %	171.000	159.968	94.09 %	172.000
	Menimbang Linen Kotor	Kg	171.000	171.962	101 %	171.000	159.968	94.09 %	172.000
	Mencuci Linen Kotor	Kg	171.000	171.962	101 %	171.000	159.968	94.09 %	172.000
	Mengeringkan Linen	Kg	171.000	171.962	101 %	171.000	159.968	94.09 %	172.000
	Mensetrika dan melipat Linen	Kg	171.000	171.962	101 %	171.000	159.968	94.09 %	172.000
	Mengepak dan membungkus linen	Kg	171.000	171.962	101 %	171.000	159.968	94.09 %	172.000
	Pendistribusian Linen ke Ruangan	Kg	171.000	171.962	101 %	171.000	159.968	94.09 %	172.000

Indikator Mutu Instalasi Binatu

INDIKATOR MUTU	Target Th. 2018	Capaian Th. 2018	Target 2019	Capaian 2019
Ketepatan waktu penyediaan Linen Bersih untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100 %	100 %	100 %	
Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100 %	100 %	100 %	

Kepatuhan dalam penggunaan APD			100 %	
Kepatuhan terhadap SOP			100 %	

PROGRAM KERJA JANGKA PANJANG INSTALASI BINATU

Terciptanya Sistem Sentralisasi Pengelolaan linen Rumah Sakit yang berpedoman pada Peraturan dan Perundangan yang berlaku.

Jumlah Kegiatan Pengelolaan Linen

Kondisi yang dicapai :

Pada tahun 2018 target yang ditetapkan untuk kegiatan pengelolaan atas linen tercapai 94.09 %, hal ini di karenakan beberapa hal :

- a. Jumlah Linen Penderita yang ada di Ruang perawatan rata-rata berjumlah 2,5 parr.
- b. Dari 10 mesin cuci yang ada 4 dalam keadaan rusak berat, 4 unit mesin mengalami penurunan kapasitas load sampai 50 %, 1 mesin rusak ringan dan 1 mesin dalam keadaan normal
- c. Sebagian besar mesin memiliki umur diatas 15 Tahun dan hanya 1 mesin berumur 1 Tahun dan 1 mesin berumur 5 Tahun.
- d. Kemampuan / skill tenaga dalam hal pengelolaan linen maupun penanganan keselamatan dan keamanan universal masih rendah.

Usulan Pemecahan Masalah :

- Redesign Instalasi Binatu dengan melengkapi sarana prasarana termasuk peremajaan mesin cuci dengan mesin cuci khusus hospital laundry.
- Pengelolaan Sistem Sentralisasi Linen dengan Tenaga kerja dari Pihak Ke-3 dengan metode kontrak manajemen bersih.

KOMITE KEPERAWATAN

Indikator Kinerja		2017			2018		
		Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Implementasi program komite keperawatan	Audit Klinik Asuhan Keperawatan	2	1	50 %	2	1	50 %
	Melaksanakan kredensial/rekredensial perawat	2	2	100 %	2	2	100 %
	pengembangan dan peningkatan mutu SDM Komite Keperawatan	1	1	100 %	2	2	100 %

Monitoring dan evaluasi hasil dari kegiatan diatas adalah :

- a. Audit Klinik Asuhan Keperawatan : Kegiatan tercapai 50 % hal ini terjadi karena ada karena kurangnya koordinasi intra komite keperawatan dan dengan unit terkait. Banyak dari pengurus komite keperawatan yang mendapat tugas tambahan yang lain selain tugas utama sebagai jabatan fungsional, sehingga kesulitan untuk membagi waktu.
- b. Melaksanakan kredensial/rekredensial perawat : Tercapai 100 % karena kerjasama yang baik antara komite keperawatan dengan unit kerja yang lain.
- c. Pengembangan dan peningkatan mutu SDM Komite Keperawatan : Tercapai karena kerjasama yang baik antara komite keperawatan dengan unit terkait.

Rencana tindak lanjut :

1. Meningkatkan koordinasi intra komite keperawatan dan dengan unit terkait agar kegiatan dapat terlaksana sesuai dengan rencana kegiatan
2. Memasukkan target kinerja komite ke dalam kontrak kinerja masing-masing pengurus komite.
3. Mengusulkan pelatihan untuk komite keperawatan

LAPORAN KINERJA ULP

Laporan Kinerja ULP / Unit Kerja Pengadaan Barang/Jasa (UKPBJ)

Tahun 2015 sd 2018

No.	Indikator Kinerja	Kegiatan	Sub Kegiatan Unit	Kinerja ULP											
				2015			2016			2017			2018		
				Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
1	Implementasi pelayanan pada seluruh Instalasi Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum	Pelaksanaan Pengadaan Barang dan Jasa	Jumlah pengadaan B/J dengan metode pelelangan sederhana/ Pemilihan Langsung/Seleksi Sederhana	25	23	92%	21	26	123,80%	21	23	109,52%	25	27	108%
			Jumlah pengadaan B/J dengan metode Penunjukan langsung	1	1	100%	1	1	100%	1	1	100,00%	0	0	0%
			Jumlah pengadaan B/J dengan metode Pengadaan langsung	26	38	146,15%	30	46	153,33%	30	67	223,33%	50	82	164%
			Jumlah pengadaan B/J dengan metode pembelian langsung	950	1250	131,58%	950	1050	110,52%	950	955	100,53%	750	760	101%
			Jumlah Pengadaan melalui Inaproc/E Catalog	5	8	160%	21	43	204,76%	21	25	119,05%	80	80	100%
			Penyusunan dan Analisa SPM Pengadaan	4	4	100%	4	4	100%	4	4	100%	4	4	100%
			Penilaian Kinerja ULP dan Pelaporan ULP	12	12	100%	12	12	100%	12	12	100%	12	6	50%

Analisa Kinerja ULP / Unit Kerja Pengadaan Barang/Jasa (UKPBJ)

1. Tahun 2015

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab/permasalahan	Rencana Tindak Lanjut
1.	Jumlah Pengadaan B/J dengan metode Lelang Sederhana (92 %)	Target tidak tercapai dikarenakan beberapa metode Pengadaan diganti dengan menggunakan indikator kinerja	Melakukan Evaluasi RUP Tahun yang akan datang sebelum menentukan target
2.	Jumlah pengadaan B/J dengan metode Pengadaan langsung (146,15 %)	Melebihi target dikarenakan ada penambahan dari revisi anggaran BLU	Melakukan optimisasi prediksi Revisi anggaran dan pemaketan di anggaran BLU
3	Jumlah Pengadaan B/J dengan Pembelian Langsung (131,58%)	Melebihi target dikarenakan banyak pembelian obat-obatan dan barang yang bersifat Cito mendesak dengan cukup	Menyampaikan kepada PPK agar bisa meminimalkan kegiatan pengadaan dengan pembelian yang
4	Jumlah Pengadaan melalui Inaproc/E Catalog (160%)	Melebihi target dikarenakan ada 3 item barang yang memiliki distributor berbeda	Menyampaikan kepada user dan PPK agar dalam menyusun kebutuhan barang-barang yang ada berdasarkan distributor dan Principle

2. Tahun 2016

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab/permasalahan	Rencana Tindak Lanjut
1.	Jumlah Pengadaan B/J dengan metode Lelang Sederhana (123,8 %)	Melebihi target dikarenakan adanya penggunaan Saldo Awal BLU	Melakukan koordinasi prediksi atas penggunaan Saldo awal BLU
2	Jumlah pengadaan B/J dengan metode Pengadaan langsung (153,33 %)	Melebihi target dikarenakan ada beberapa pekerjaan konsultan yang dialihkan ke pengadaan langsung karena nilainya dibawah 50 juta Dan adanya penggunaan saldo awal BLU yang masuk kegiatan Pengadaan Langsung	Mengelompokkan kegiatan pengadaan yang nilainya sesuai dengan batasan nilai paket. Melakukan koordinasi prediksi atas penggunaan Saldo awal BLU
3	Jumlah Pengadaan B/J dengan Pembelian Langsung (110,52%)	Melebihi target dikarenakan banyak pembelian obat-obatan dan barang yang bersifat Cito mendesak dengan cukup menggunakan kwitansi	Melakukan analisa dan perubahan target di tahun berikutnya.
4	Jumlah Pengadaan melalui Inaproc/E Catalog (204,76%)	Melebihi target dikarenakan banyaknya item barang dalam paket pengadaan yang dikeluarkan dari kegiatan pelelangan / pengadaan langsung karena ada di e catalog dan prosesnya wajib dilakukan dengan e catalog dimana 1 SPP bisa lebih dari satu proses entry kelompok e catalog	Menyusun target kinerja pada tahun yang akan datang dengan memperhatikan barang-barang yang ada di e catalog.

3. Tahun 2017

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab/permasalahan	Rencana Tindak Lanjut
1	Jumlah pengadaan B/J dengan metode Pengadaan langsung (223,33%)	Melebihi target dikarenakan ada beberapa pekerjaan konsultan yang dialihkan ke pengadaan langsung karena nilainya dibawah 50 juta dan revisi anggaran	Melakukan penijauan ulang target jika ada revisi anggaran

4. Tahun 2018

No	Capaian Kinerja	Faktor Penyebab/permasalahan	Rencana Tindak Lanjut
1	Jumlah pengadaan B/J dengan metode Pengadaan langsung (164%)	Melebihi target dikarenakan ada pengalihan kegiatan pengadaan melalui tender, disebabkan revisi anggaran refocusing belanja modal bangunan RM	Melakukan optimisasi prediksi dalam penetapan target terhadap dampak revisi anggaran

Komite K3 RS :

Pencapaian Kinerja Komite K3 RS pada tahun 2018 adalah :

a. Peningkatan Mutu SDM Komite K3RS

Peningkatan Mutu SDM Komite K3RS dilakukan dengan melakukan pelatihan internal dan eksternal sebagai berikut:

Kegiatan	Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian
Pelatihan Eksternal K3 untuk Paramedis	1 Pelatihan	1 Pelatihan	100%
Pelatihan Eksternal BASARNAS (High Angle Rescue & Water Rescue)	1 Pelatihan	1 Pelatihan	100%
Seminar ilmiah dan Munas 1 KAK3RS	1 Kegiatan	1 Kegiatan	100%
Pelatihan Manajemen Risiko	1 Kegiatan	1 Kegiatan	100%
Pelatihan K3RS Kemenkes	1 Kegiatan	1 Kegiatan	100%

b. Sosialisasi Kesehatan kerja

Kegiatan Sosialisasi Kesehatan Kerja yang sudah terlaksana adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian
Sosialisasi Kesehatan Kerja	2 Kegiatan	2 Kegiatan	100 %

Kegiatan Sosialisasi Kesehatan Kerja dilakukan adalah K3 untuk paramedis dan Jaminan Kecelakaan Kerja bagi ASN dan CASN.

c. Kesiapan Menghadapi Bencana dan Kebakaran

Kegiatan pencegahan dan penanggulangan kebakaran yang dilakukan di semester 1 meliputi:

Indikator Kinerja	Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian
Pelatihan dan simulasi kesiapan menghadapi bencana (kebakaran, gempa bumi dan ancaman bom)	1 Kegiatan	1 Kegiatan	100%
Sosialisasi penyelamatan di air (water rescue)	1 Kegiatan	1 Kegiatan	100%
Simulasi Penanggulangan Kebakaran oleh Code Red	3 kegiatan	3 Kegiatan	100 %
Monitoring APAR	4 kegiatan	4 Kegiatan	100 %
Penyusunan HVA dan HSI	1 Kegiatan	1 Kegiatan	100%

Kegiatan Simulasi Penanggulangan kebakaran dilakukan oleh Tim Code Red yang diagendakan setiap 4 bulan sekali. Sedangkan monitoring APAR dilakukan setiap triwulan.

d. Review Dokumen Regulasi Rumah Sakit terkait K3RS

Semua dokumen regulasi Rumah Sakit dilakukan review setiap 3 tahun sekali, tak terkecuali dokumen regulasi terkait K3RS.

Indikator Kinerja	Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian
Review dokumen terkait B3 dan limbahnya	1 kegiatan	1 kegiatan	100 %
Review dokumen keselamatan dan keamanan	1 kegiatan	1 kegiatan	100 %
Review dokumen Kesehatan Lingkungan	1 kegiatan	1 kegiatan	100 %
Review dokumen terkait kebakaran dan bencana	1 kegiatan	1 kegiatan	100 %

Kegiatan review dokumen dilakukan oleh masing - masing sub komite. Dokumen yang sudah tidak relevan dilakukan penyesuaian dengan regulasi terbaru dan kondisi terkini.

e. Safety Patrol

Safety Patrol adalah salah satu bentuk monitoring terhadap pelaksanaan K3RS di setiap unit kerja

Indikator Kinerja	Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian
Safety patrol	3 kegiatan	3 kegiatan	100 %

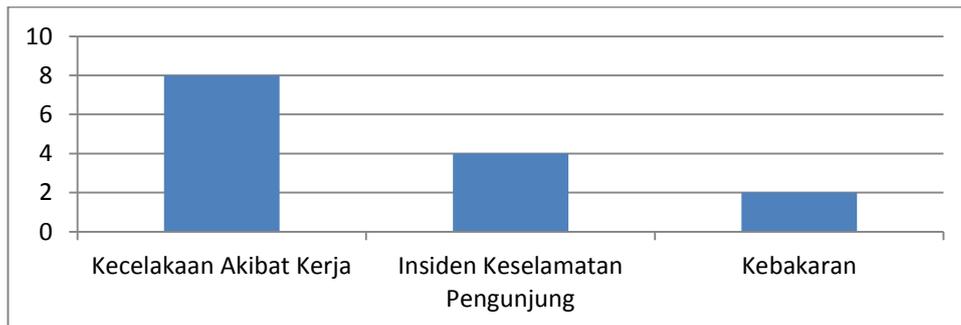
Safety Patrol diagendakan 3x dalam satu tahun. 2 kegiatan Safety Patrol berkala dilakukan rutin tiap semester untuk memonitor dan mengevaluasi pelaksanaan program K3RS di setiap Unit Kerja. Sementara 1 kegiatan diagendakan khusus untuk melakukan pemeriksaan fisik di unit kerja yang tidak melakukan pelayanan selama libur dan cuti bersama Idul Fitri (libur panjang).

f. Insiden K3RS

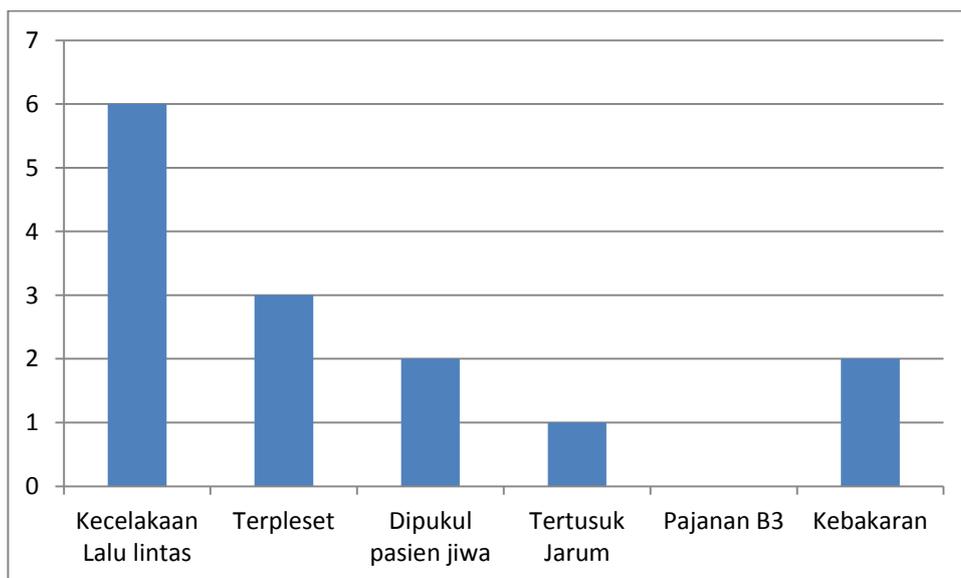
Insiden K3RS yang dimaksud meliputi kejadian Kecelakaan Akibat Kerja (KAK), Penyakit Akibat Kerja (PAK), Insiden Keselamatan Pengunjung, Tumpahan B3 dan limbahnya, Kebakaran dan Bencana. Laporan Insiden K3RS yang diterima Komite K3RS selama tahun 2018 adalah sebagai berikut:

Indikator Kinerja	Tahun 2018		
	Target	Realisasi	Capaian
Laporan Insiden K3RS	0	14 insiden	-

Laporan insiden K3RS yang masuk ke Komite K3RS selama tahun 2018 total 14 insiden. Rincian Insiden K3RS berdasarkan kategori insiden adalah sebagai berikut:



Sedangkan rincian Insiden K3RS berdasarkan jenis insiden adalah sebagai berikut:



Insiden tertinggi adalah kecelakaan lalu lintas yang melibatkan dua kendaraan bermotor di dalam area Rumah Sakit. Sudah dilakukan investigasi dan Root Cause Analysis (RCA). Rekomendasi yang diberikan kepada Direktur Utama sudah ditindaklanjuti, yaitu evaluasi akses masuk mahasiswa Poltekkes dari pintu belakang, melengkapi rambu – rambu lalu lintas di area Rumah Sakit, dan penertiban area parkir.

Satuan Pengawasan Intern (SPI)

Tabel
Capaian Kinerja Satuan Pengawasan Intern

Sasaran Strategis	Kegiatan	Target	Realisasi	Capaian (%)
Tercapainya pelaksanaan pengawasan internal (SPI) untuk mewujudkan pengelolaan sumberdaya yang efektif dan efisien	Penyusunan rencana kegiatan tahunan dan bulanan	13 keg	13 keg	100
	Stock opname persediaan gudang induk	2 keg	2 keg	100
	Riviu LK/Laporan Kegiatan/LAKIP	6 keg	6 keg	100
	Penilaian sistem pengendalian internal dan pendampingan penilaian risiko unit kerja	6 keg	6 keg	100
	Pemantauan penyelesaian temuan audit internal dan rekom eksternal	10 keg	10 keg	100
	Audit Operasional	5 keg	5 keg	100
	Monitoring Penggunaan Anggaran	4 keg	4 keg	100
	Supervisi dan pengendalian kegiatan SPI	12 pt	12 pt	100
	Rakor internal SPI	12 keg	12 keg	100
	Diklat dan Pelatihan Kantor Sendiri (PKS)	5 org diklat 2 keg PKS	5 org diklat 2 keg PKS	100
	Perhitungan capaian IKI pegawai	36 org	36 org	100
	Perhitungan capaian indikator mutu	12 keg	12 keg	100

Secara umum seluruh kegiatan pengawasan SPI tahun 2018 telah tercapai 100 % dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Penyusunan rencana kegiatan pengawasan bulanan

Kegiatan ini bertujuan merancang, menetapkan tujuan dan sasaran kinerja pengawasan, memilah, merinci, membagi pekerjaan-pekerjaan pengawasan yang akan dilakuka, mengalokasikan sumber daya, memutuskan bagaimana mencapainya dan mengidentifikasi tindakan-tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan sasaran pengawasan yang telah ditetapkan tersebut. Target kegiatan 12 kali dilakukan setiap bulan dengan output 12 rencana kegiatan dan tercapai 100 %

2. Stock opname persediaan gudang induk

Kegiatan pemeriksaan fisik persediaan bertujuan untuk memastikan kesesuaian antara laporan persediaan dengan fisiknya yang akan digunakan sebagai bagian data dukung lampiran laporan keuangan. Target kegiatan dilaksanakan dua kali dalam setahun mengikuti periode penyusunan laporan keuangan semester 1 dan semester 2 dan sudah terealisasi 100 %.

3. Penilaian sistem pengendalian internal dan pendampingan penilaian risiko unit kerja

Kegiatan ini bertujuan untuk mendampingi unit kerja dalam melakukan percepatan penilaian resiko dan mitigasi resiko yang merupakan bagian dari sistem pengendalian internal unit kerja. Sasaran kegiatan ini adalah tersusunnya penilaian resiko unit kerja di setiap direktorat meliputi pelayanan, keuangan dan fasilitas. Target kegiatan ini 6 kegiatan dan tercapai 100 %.

4. Rivi Lapoan Keuangan, Laporan Kegiatan Tahunan dan LAKIP

Tujuan kegiatan ini adalah untuk memperoleh kehandalan laporan keuangan dan laporan kegiatan sebelum dikirim ke Kementerian Kesehatan. Targetnya 6 kegiatan meliputi rewi LAKIP 2017, Laporan Keuangan (LK) tahun 2017, LK TW 1 2018, LK semester I, LK TW 3 dan Laporan Kegiatan semester I 2018. Capaian realisasi kegiatan rewi atas laporan keuangan dan laporan kegiatan pada tahun 2017 yaitu 100 % sama dengan tahun 2016.

Kendala pelaksanaan rewi masih seperti tahun-tahun sebelumnya yaitu waktu antara selesainya penyusunan laporan dengan batas waktu pengiriman/pembahasan oleh itjen sangat singkat sehingga waktu yang tersedia untuk kegiatan rewi oleh SPI sangat singkat

5. Pemantauan penyelesaian temuan audit internal dan rekomendasi eksternal

Kegiatan pemantauan ini bertujuan untuk memberikan pendampingan kepada unit kerja dalam mempercepat penyelesaian temuan audit internal, BPK, BPKP, Inspektorat Jenderal maupun rekomdasi dari monev PPK BLU dan Dewas. Kegiatan ini dilakukan setiap bulan dari bulan Februari hingga bulan Nopember 2018 dengan target 10 kegiatan dan tercapai 100 %.

Dari hasil pemantauan masih ditemukan beberapa keterlambatan penyelesaian temuan terutama bila penyelesaiannya terkait dengan pihak lain seperti penyedia. Dari hasil pemantauan per 31 Desember 2018 ada beberapa temuan yang masih dalam proses penyelesaian sebagai berikut :

No.	Asal Rekomendasi	Temuan	Rekomendasi	Status Penyelesaian Rekomendasi			Keterangan
				Selesai	Proses	Belum	
1	BPK	1	3	2	1	-	
2	BPKP	1	1	1	0	-	Selesai
3	Itjen 2017	4	25	4	5	-	
4	Itjen 2018 (JKN)	8	20				Sudah ditindaklanjuti. Status penyelesaian menunggu hasil monev oleh tim dari Ditjen Yankes.
5	SPI	9	19	1	18		

a. Temuan BPK

Temuan BPK terkait pengembalian kelebihan bayar pekerjaan lift masih kurang Rp.90.000.000,- dan karena penyedia kesulitan keuangan akan diangsur tiap bulan Rp.10.000.000,- pada bulan Pebruari – Oktober 2019.

b. Temuan BPKP sudah selesai

c. Temuan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan Tahun 2017

Saldo temuan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan Tahun 2017 yang masih dalam proses penyelesaian sebanyak 5 buah rekomendasi terdiri atas :

- Persetujuan penghapusan persediaan obat yang kadaluarsa dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan (sudah diusulkan dengan nomor surat KN.02.07/XXVII.3.2.2/1803/2018 tanggal 20 April 2018)
- Pengembalian tunjangan fungsional tugas belajar an. dr. Wianaryani Rp.6.000.000,-
- Pembebasan sementara pegawai an. dr. Asikah dari jabatan fungsional sebagai dokter ahli muda
- SK izin belajar pegawai
- Pemasangan meteran listrik kantin IGD (dalam proses pengadaan)

d. Temuan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan Tahun 2018 (JKN)

Pada tanggal 13-14 Desember 2018 ada tim monev dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan atas penyelesaian hasil audit BPK dan Itjen Kemenkes. Sampai sekarang belum menerima berita acara hasil monev tersebut sehingga

khusus untuk tindak lanjut audit Itjen Kemenkes tahun 2018 tidak diketahui mana yang bisa dinyatakan sudah selesai dan mana yang belum selesai.

6. Audit Operasional

Jumlah target kegiatan audit tahun 2018 menurun bila dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Pada tahun 2017 selama setahun melakukan audit dengan jumlah target 9 kali, sedangkan pada tahun 2018 kegiatan audit tidak dilakukan setiap bulan tetapi diselingi dengan kegiatan monitoring kegiatan pengadaan barang dan jasa. Bulan ini audit bulan berikutnya monitoring pengadaan barang jasa dan bulan berikutnya audit dan seterusnya. Kegiatan monitoring ini sekaligus berfungsi untuk memberikan pendampingan terutama ditujukan untuk kegiatan pengadaan barang dan jasa yang berpotensi menimbulkan permasalahan atau yang sudah menjadi permasalahan agar bisa mempercepat penyelesaiannya seperti pengadaan lift, CT Scan dll . Kegiatan audit pada tahun 2018 telah dilaksanakan 100 % sesuai target dengan jumlah temuan 9 buah dan 19 rekomendasi, sudah ditindaklanjuti 1 buah dan sisanya masih dalam proses penyelesaian.

Beberapa kendala dalam pelaksanaan audit yaitu adanya respon dari beberapa auditan masih belum seperti yang diharapkan seperti kecepatan dalam hal peminjaman dokumen maupun dalam proses klarifikasi dengan pejabat terkait dengan alasan kesibukan. Kendala lain adanya kegiatan diluar yang direncanakan seperti adanya monev dari kementerian yang mendadak terutama yang berkaitan dengan pengawasan dimana SPI harus mendampingi kegiatan tersebut sehingga menyita waktu kegiatan SPI.

Untuk mengatasi hal tersebut dilakukan melalui peningkatan koordinasi, khusus untuk audit pengadaan barang dan jasa pada tahun 2019 akan dilakukan Probit Audit untuk pengadaan barang dan jasa terpilih.

7. Monitoring Penggunaan Anggaran

Awalnya target kegiatan monitoring penggunaan anggaran tahun 2018 dilakukan setiap bulan sama dengan tahun 2017 tapi sesuai arahan Direktur Keuangan dan Administrasi Umum agar dilakukan setiap tiga bulan sehingga menjadi empat kegiatan, menurun bila dibandingkan dengan target tahun sebelumnya dan tercapai 100 %.

Beberapa hal yang menyebabkan lambatnya penyerapan anggaran terutama menjelang akhir tahun yaitu antara lain lambatnya beberapa penagihan oleh pihak ketiga, dan lambatnya penyelesaian pertanggungjawaban oleh pegawai internal penerima uang muka.

Salah satu alternatif pemecahan masalah adalah pengaturan internal misalnya dengan memberikan teguran bagi yang tidak mematuhi aturan tersebut.

8. Supervisi dan pengendalian kegiatan pengawasan SPI

Kegiatan ini bertujuan untuk melakukan pemantauan dan supervisi serta sekaligus reviu atas kegiatan audit, reviu, pemantauan, dan pengawasan lain yang dilakukan oleh auditor guna membandingkan realisasi kinerja dengan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, dan mengambil tindakan-tindakan perbaikan (corrective action) yang diperlukan ke arah pencapaian hasil pengawasan yang telah ditetapkan. Kegiatan dilakukan setiap bulan sesuai kegiatan yang dilakukan oleh auditor dengan target 12 pt dan tercapai 100 %.

9. Rapat koordinasi internal SPI

Kegiatan ini saling melengkapi dengan kegiatan supervisi dan pengendalian kegiatan pengawasan dengan target 12 dan tercapai 100%.

10. Peningkatan kompetensi

Peningkatan kompetensi dilakukan melalui mengikutkan auditor mengikuti diklat teknis pengawasan di Pusdiklatwas BPKP maupun workshop yang diselenggarakan oleh Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan sebanyak 5 orang. Peningkatan kompetensi lainnya melalui Pelatihan Kantor Sendiri (PKS) yang dilakukan oleh auditor untuk auditor.

11. Evaluasi Kegiatan

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

Tabel
Analisa Capaian Kinerja dan Rencana Tindak Lanjut
Satuan Pengawasan Intern

No	Capaian Kinerja	Evaluasi	Rencana Tindak Lanjut
1	Penyusunan rencana kegiatan bulanan dan tahunan 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target dan meningkatkan kualitas kegiatan
2	Stock opname persediaan gudang induk 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target dan mendorong dilakukannya rekonsiliasi rutin antara petugas administrasi

No	Capaian Kinerja	Evaluasi	Rencana Tindak Lanjut
			persediaan dengan pengelola gudang induk
3	Riviu LK/Laporan Kegiatan/LAKIP 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target dan meningkatkan kualitas reviu
4	Penilaian sistem pengendalian internal dan pendampingan penilaian risiko unit kerja 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target dan meningkatkan kualitas penilaian resiko terkait kecukupan dan pelaksanaan mitigasi resiko
5	Pemantauan penyelesaian temuan audit internal dan rekom eksternal 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target dan mendorong unit kerja untuk percepatan penyelesaian tindak lanjut
6	Audit Operasional 100 %	Tercapai	<ul style="list-style-type: none"> - Mendorong penyelesaian laporan audit tepat waktu - Audit pengadaan yang tidak dapat dilakukan pada tahun 2018 akan dilaksanakan tahun 2019
7	Monitoring Penggunaan Anggaran 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target dan meningkatkan koordinasi dengan unit kerja terkait agar data yang diminta bisa tepat waktu
8	Supervisi dan pengendalian kegiatan pengawasan 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target dan meningkatkan pembinaan terhadap auditor agar kegiatan selesai tepat waktu
9	Rakor internal SPI 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target dan meningkatkan kualitas dalam pendokumentasian hasil rapat
10	Diklat dan Pelatihan Kantor Sendiri (PKS) 200 %	Tercapai, melebihi target	Mempertahankan capaian target dan mengusulkan kembali diklat audit pengadaan barang dan jasa yang tertunda pelaksanaannya oleh Pusdiklatwas BPKP karena masih dalam proses penyelesaian modul audit pengadaan barang dan jasa yang baru
11	Perhitungan capaian IKI pegawai 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target
12	Kegiatan Perhitungan capaian indikator mutu 100 %	Tercapai	Mempertahankan capaian target

**d). Pencapaian Indikator Mutu Rumah Sakit
tahun 2018**

Realisasi Indikator Mutu RS semester 1 tahun 2018

	Indikator	Target	JAN	FEB	MAR	APR	MEI	JUN
Tabel 1. Indikator Mutu Prioritas								
Indikator Area Klinis								
1	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium < 30 Menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Pelaksanaan Ekspretisi Hasil Pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Pemantauan Kejadian yang tidak Diharapkan pada Pemakaian Obat Psikofarmaka	≤ 5 %	4,73%	4,36%	4,35%	4,71%	6,13%	3,04%
6	Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	≤ 1,5 %	0,35%	34,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%
7	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri (IPIP)	≥ 95%	96,75%	94,39%	92,24%	91,91%	92,70%	93,01%
8	Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3%						
9	Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Cacat/Gangguan Fungsi Permanen atau Kematian	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
10	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
11	Kejadian Pasien Lari	≤ 5 %	0,00%	0,17%	0,16%	0,32%	0,34%	28,00%
12	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24%	0,00%	0,00%	0,00%	0,28%	0,50%	0,32%
13	Asesmen Persiapan Anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
14	Pemantauan Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
15	Pengembalian Rekam Medis Lengkap dalam 24 Jam	≥ 90%	93,20%	93,60%	96,70%	97,80%	97,90%	99,10%
16	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤ 5%	0,45%	0,00%	0,00%	0,37%	0,00%	0,00%
17	Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	≥ 1,1%	perhitungan per-tahun : belum ada penelitian					
Indikator Area Manajerial								
18	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 98%	98,82%	96,40%	96,73%	96,56%	97,12%	97,12%
19	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Definitif	Skor = 2	analisa per tahun					
20	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)	Skor = 2						
21	Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	Skor = 2						
22	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor=100						

23	Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
24	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit						
25	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	≤ 30 menit	27	39	28	28	36	39
26	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi ≤ 3 Jam (180 menit)	180menit	45	51	49	49	44	39
27	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit	1mnt 5d	1mnt 2d	1mnt 8d	1mnt 6d	1mnt 4d	1mnt 9d
28	<i>Emergency Psychiatric Response Time</i> (EPRT)	≤240 menit						
29	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%	76,29%					
30	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 75%	100%					100%
31	Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	≥ 89%	86,67%					
32	Kepuasan Pelanggan/Peserta Didik	≥ 70%						
33	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	75-85%	82,82%	69,05%	79,91%	81,15%	76,90%	68,01%
34	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional/PB (POBO)	50-57%	49,55%					
35	Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Saat Melaksanakan Tugas	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Indikator Sasaran Keselamatan Pasien								
36	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
37	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
38	Angka Pemberian Label pada Obat <i>HIGH ALERT</i> .	100%	43,00%	94,42%	94,00%	94,41%	94,79%	94,41%
39	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi (Idem Indikator Klinis No.4)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
40	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
41	Kejadian Jatuh Akibat Hipotensi Postural karena Efek Samping Obat Anti Psikotik	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Indikator								
1	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan	≥90%						
2	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan (idem Indikator Mutu Unit Kerja No. 1)	≥ 90%						
3	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%						
4	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%						
5	Kegagalan Pelaksanaan Rolling, Dropping dan Follow-up Pasien	≤ 5 %	0%	0,8%	0%	0,7%	0%	0%
6	Koordinasi Tindak Lanjut Hasil	≥ 90 %						

	Evaluasi Pelayanan Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu							
7	Supervisi Keperawatan Sesuai Jadwal	≥ 95%						
8	Pelayanan oleh Dokter Spesialis di Poliklinik Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
9	Ketaatan Kontrol di Rawat Jalan	≥80 %	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Penerapan Konseling Keperawatan di Klinik Kesehatan Jiwa	≥75%						
11	Kejadian Drop-Out Pasien Terhadap Paket Pelayanan di Klinik Autis yang Direncanakan	≤ 50 %						
12	Keberhasilan Penambalan Gigi	≥ 95 %						
13	Keberhasilan Pencabutan Gigi	≥ 95 %						
14	Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan Pencabutan	0%						
15	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤3 Hari	≥90 %						
16	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤7Hari	≥ 90 %						
17	Jumlah pasien yang datang day care (Klinik Autis)	≥ 80 %						
18	Standar Waktu Pelayanan Day Care	≥ 90 menit						
19	Pencapaian Target Kunjungan ke-4 dalam Paket Terapi	≥ 50 %						
20	Kematian Pasien ≤8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
21	Pasien yang Dilakukan Asesmen Gawat Darurat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
22	Kejadian Pasien Pulang Paksa	≤ 5 %	0,48%	0,25%	0,16%	0,16%	0,24%	1,41%
23	Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
24	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
25	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥50 %						
26	Detoksifikasi Napza	≥80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
27	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 10 Hari	≥85 %						
28	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	49m 5 d	59m 39d	51m 30d	44m 32d	44m 32d	40m 6d
29	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
30	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
31	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%	27,29%	27,39%	27,33%	27,28%	27,34%	27,34%
32	Ketersediaan Formularium dan Update Paling Lama 3 Tahun	100%	93,20%	93,60%	96,70%	97,80%	97,90%	99,10%
33	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan ≤10 Menit	100%	98,10%	98,10%	98,10%	97,60%	97,00%	95,00%

34	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap ≤ 15 Menit	100%						
35	Kelengkapan Pengisian RM 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%	93%	93%	96%	98%	98%	99%
36	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Sesudah Mendapatkan Informasi yang Jelas	100%	98%	98%	98%	98%	95%	98%
37	Tidak ada Dokumen Rekam Medik yang Hilang	100%						
38	Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%						
39	Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi ≤ 120 Menit	≥ 90%						
40	Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	≤ 50 %						
41	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %	95%	99%	98%	99%	97%	86%
42	Angka Keberhasilan Rehabilitasi Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 65 %	76,00%	77,00%	76%	76%	80,00%	75,00%
43	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	≤ 1						
44	Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Label pada Film Rontgen	100%						
45	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥ 90 %						
46	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
47	Pelaksanaan Penyuluhan di Luar Rumah Sakit	100%	11%	39%	50%	56%	67%	67%
48	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥ 90 %	125%	143%	137%	162%	137%	151%
49	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
50	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
51	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
52	Waktu Tunggu Hasil Layanan Laboratorium	≤ 120 menit	45	48	49	49	44	39
53	Batal ECT	≤ 5 %	3%	0%	0%	2%	0,0%	0%
54	Gagal ECT	≤ 5 %	1%	0%	1%	2%	0,0%	0%
55	Waktu Tunggu Sebelum ECT	≤ 2 hari	1	1	1	1	1	1
56	Ketersediaan Tim Bedah	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
57	Ketersediaan Fasilitas dan Prasarana Operasi	80%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
58	Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
59	Waktu Tunggu Pelaksanaan Operasi Elektif ≤ 2 hari	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
60	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

61	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
62	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
63	Tidak Adanya Komplikasi Anestesi Karena Over Dosis	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
64	Kematian di Meja Operasi	≤1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
65	Ketersediaan Linen Steril untuk Kamar Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
66	Asesment prasedasi dan pra anestesi	100%	-	-	-	-	-	-
67	Evaluasi ulang jika terjadi tindakan dari anestesi lokal / regional	100%	-	-	-	-	-	-
68	Pelaksanaan monitoring pasien pemilihan anestesi dan sedasi dalam	100%	-	-	-	-	-	-
69	Pelaksanaan monitoring status fisiologi selama anestesi	100%	-	-	-	-	-	-
70	Pelaksanaan assesment pra bedah	100%	-	-	-	-	-	-
71	Penandaan lokasi operasi	100%	-	-	-	-	-	-
72	Pelaksanaan surgical safety chek list	100%	-	-	-	-	-	-
73	Pemantauan ketidak sesuai dx pre dan post op	100%	-	-	-	-	-	-
74	Operasi efektif	100%	-	-	-	-	-	-
75	Tidak adanya kejadian salah sisi	100%	-	-	-	-	-	-
76	Ketersediaan Pelayanan Perawat Jenazah	100%						
77	Ketersediaan Fasilitas dan Prasarana Kamar Jenazah	100%						
78	Waktu Tunggu Pelayanan Jenazah	100%						
79	Perawatan Jenazah dengan Universal Precaution	100%						
80	Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah	100%						
81	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥90 %	98%	98%	98%	98%	98%	98%
82	Ketepatan Waktu Penyetoran Data Insentif Pegawai	100%	33%	33%	73%	67%	67%	67%
83	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%						
84	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
85	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
86	Kinerja Pegawai Yang Baik, Sangat Baik dan Excellent	≥95 %						
87	Program Reward dan Punishment	Ada program dilakukan sepenuhnya	75%	75%	75%	75%	75%	75%
88	Rata-rata Jam Pelatihan	≥						

	Karyawan >20 jam/tahun	80%/thn (6,6% per bulan)						
89	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Medis	90%						
90	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	≥75%/thn (6,25/bln)						
91	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	≥1,1%/thn						
92	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Kedokteran	≥ 20% dari semua institusi	91%	100%	87%	85	75	80%
93	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Keperawatan dan Non Medis	90%	64%	100%	100%	72%	49%	77%
94	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis	≥ 20% dari semua institusi						
95	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	≥90 %						
96	Kecepatan Pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap	100%						
97	Kebenaran Laporan Harian Kasir	100%						
98	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan RS	100%						
99	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%						
100	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi	100%						
101	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%						
102	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%						
103	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%						
104	Perencanaan Strategis RS	100%						
105	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	Tepat waktu						
106	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	Skor = 2						
107	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90% per tahun						
108	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT						
	a. Pakaian							
	b. Tekstil							
	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang :	100%						
109	a. ATK	100%						
110	b. Tekstil	100%						
111	c. Gudang Rumah Tangga	100%						
112	d. Makanan	100%						
113	Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik	100%						

	Negara							
114	Pendampingan Masalah Hukum	100%						
115	Laporan Hasil Analisis Survei Kepuasan Pelanggan	≥ 80						
116	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer < 168 jam	90%	94%	93%	100%	98%	97%	93%
117	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer/Network < 60 menit	90%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
118	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥80 %						
119	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
120	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
121	Pengelolaan Limbah Padat sesuai Permenkes 1204 th 2004	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
122	Capaian Tingkat Rumah Sakit Bersih	≥7500	7500	7500	7500	7500	7500	7500
123	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%						
124	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%						
125	Pelayanan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Rawat Inap	100%						
126	Pelayanan Case Manager Pasien Rawat Inap	100%						
127	Terlaksananya Kredensial/Rekredensial bagi Semua Dokter	100%						
128	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Rumah Sakit	100%						
129	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Kedokteran	100%						
130	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Keperawatan	100%						
131	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	≥75%	0%					
132	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial Bagi Semua Perawat	100%						
133	Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan sesuai dengan Standar Keperawatan	≥90%						
134	Pelaksanaan Audit Operasional	100%		100%		100%		100%
135	Pemantauan Penyelesaian Tindak Lanjut Temuan Audit Internal dan Eksternal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
136	INDIKATOR MUTU BELUM DIKERJAKAN (BELUM DIRUMUSKAN)							
137	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%						
138	Kelengkapan Dokumen	100%						
139	Kejadian Lelang Gagal	≤ 40 %						
140	Kelengkapan Dokumen Penerimaan Barang/Jasa	100%						
141	Hasil Pemeriksaan dan	≤ 40 %						

Penerimaan Barang/Jasa Sesuai Kontrak									
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Realisasi Indikator Mutu RS semester 2 tahun 2018

	Indikator	Target	JUL	AGS	SEP	Okt	Nop	Des	Rata2/th
Tabl 1. Indikator Mutu Prioritas									
Indikator Area Klinis									
1	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
2	Waktu Lapor Tes Kritis Laboratorium < 30 Menit	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
3	Pelaksanaan Ekspretisi Hasil Pemeriksaan Rontgen	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
4	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
5	Pemantauan Kejadian yang tidak Diharapkan pada Pemakaian Obat Psikofarmaka	≤ 5 %	4,26%	4,35%	3,95%	4%	5%		4%
6	Kejadian Cedera/Trauma Fisik Akibat Tindakan Fiksasi	≤ 1,5 %	0,32%	0,00%	0,00%	0%	0%		3%
7	Tidak Adanya Kejadian Pasien yang Difiksasi Sesudah 24 jam Perawatan di Instalasi Perawatan Intensif Psikiatri (IPIP)	≥ 95%	96,32%	96,16%	94,30%	95%	91%		86%
8	Kejadian Pasien Jatuh	≤ 3%							0%
9	Kejadian Pasien Jatuh yang Berakibat Cacat/Gangguan Fungsi Permanen atau Kematian	0%	0%	0%	0%	0%	0%		0%
10	Tidak Adanya Kejadian Bunuh Diri di Rawat Inap Psikiatri	≥ 90%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
11	Kejadian Pasien Lari	≤ 5 %	0,26%	0,16%	0,80%	0%	0%		3%
12	Nett Death Rate (NDR)	≤ 24%	0,46%	1,27%	0,04%	0%	0%		0%
13	Asesmen Persiapan Anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
14	Pemantauan Kejadian Reaksi Transfusi	≤ 0,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0%	0%		0%
15	Pengembalian Rekam Medis Lengkap dalam 24 Jam	≥ 90%	90,20%	98,00%	95,20%	100%	100%		88%
16	Kejadian Infeksi Aliran Darah Perifer (<i>Phlebitis</i>)	≤ 5%	1,08%	1,32%	0,00%	5%	1%		1%
17	Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	≥ 1,1%							0%
Indikator Area Manajerial									
18	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 98%	97,51%	97,46%	96,98%	96,97%			81%
19	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) Definitif	Skor = 2							0%
20	Kepatuhan Pengelolaan Laporan Keuangan	Skor = 2							0%

	Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)								
21	Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	Skor = 2							0%
22	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	Skor=100							0%
23	Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100%	100%	100%	100%	100%			83%
24	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit							0%
25	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	≤ 30 menit	32	34	37	14			26,2275
26	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi ≤ 3 Jam (180 menit)	180menit	45	46	92	77			44,8575
27	Waktu Tanggap Pelayanan Dokter di Gawat Darurat	< 5 menit	1mnt 24d	2mnt 59d	1mnt 14d				0%
28	<i>Emergency Psychiatric Response Time</i> (EPRT)	≤240 menit							0%
29	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat	100%							6%
30	Kecepatan Respon Terhadap Komplain	≥ 75%							17%
31	Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	≥ 89%							7%
32	Kepuasan Pelanggan/Peserta Didik	≥ 70%							0%
33	<i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	75-85%	71,68%	73,90%	75,88%	78%	67%		69%
34	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional/PB (POBO)	50 - 57 %							4%
35	Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Saat Melaksanakan Tugas	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
36	Identifikasi Pasien Sedikitnya dengan 2 Kombinasi Cara Identifikasi	100%	100%	100%	100%				75%
37	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%	100%	100%	100%			83%
38	Angka Pemberian Label pada Obat <i>HIGH ALERT</i> .	100%	100%	100%	100%	96%			76%
39	Tidak Ada Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan/Operasi (Idem Indikator Klinis No.4)	100%	100%	100%	100%	100%			83%
40	Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	100%	100%	100%	100%				75%
41	Kejadian Jatuh Akibat Hipotensi Postural karena Efek Samping Obat Anti Psikotik	0%	0,00%	0,00%	0,00%				0%
	Indikator								0%
1	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan	≥90%							0%

2	Koordinasi Penanganan Komplain Pelanggan (idem Indikator Mutu Unit Kerja No. 1)	≥ 90%							0%
3	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%							0%
4	Koordinasi Pemenuhan Permintaan Barang Mendesak	≥ 100%							0%
5	Kegagalan Pelaksanaan Rolling, Dropping dan Follow-up Pasien	≤ 5 %	0%	0%	0%	0%	0%		0%
6	Koordinasi Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Pelayanan Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	≥ 90 %							0%
7	Supervisi Keperawatan Sesuai Jadwal	≥ 95%							0%
8	Pelayanan oleh Dokter Spesialis di Poliklinik Spesialis	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
9	Ketaatan Kontrol di Rawat Jalan	≥80 %	97%	100%	100%	99%	100%		91%
10	Penerapan Konseling Keperawatan di Klinik Kesehatan Jiwa	≥75%							0%
11	Kejadian Drop-Out Pasien Terhadap Paket Pelayanan di Klinik Autis yang Direncanakan	≤ 50 %							0%
12	Keberhasilan Penambalan Gigi	≥ 95 %							0%
13	Keberhasilan Pencabutan Gigi	≥ 95 %							0%
14	Kejadian Salah Sisi dalam Tindakan Pencabutan	0%							0%
15	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤3 Hari	≥90 %							0%
16	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤7Hari	≥ 90 %							0%
17	Jumlah pasien yang datang day care (Klinik Autis)	≥ 80 %							0%
18	Standar Waktu Pelayanan Day Care	≥ 90 menit							0%
19	Pencapaian Target Kunjungan ke-4 dalam Paket Terapi	≥ 50 %							0%
20	Kematian Pasien ≤8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2‰	0%	0%	0%	0%	0%		0%
21	Pasien yang Dilakukan Asesmen Gawat Darurat	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%
22	Kejadian Pasien Pulang Paksa	≤ 5 %	0,42%	0,24%	74,00%	1%	1%		7%
23	Re-Asesmen Pasien Risiko Jatuh pada Pasien Rawat	100%	100%	100%	100%	100%	100%		92%

	Inap						%		
24	Re-Asesmen Pasien Risiko Bunuh Diri	100%	100%	100%	100%	100%			83%
25	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥50 %							0%
26	Detoksifikasi Napza	≥80%	100%	100%	100%	100%	100 %		92%
27	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut dalam waktu ≤ 10 Hari	≥85 %							0%
28	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	34m 36d	35m 20d	43m 25d	24m,22 d%			0%
29	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%	100%	100%	100%	100%			83%
30	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa	100%	100%	100%	100%	100%			83%
31	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%	57,00%	59,00%	56,47%	100%			36%
32	Ketersediaan Formularium dan <i>Update</i> Paling Lama 3 Tahun	100%	90,20%	98,00%	95,20%	95%			80%
33	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Jalan ≤10 Menit	100%	98,30%	99,20%	97,90%				73%
34	Waktu Penyediaan Dokumen Rekam Medik Rawat Inap ≤15 Menit	100%							0%
35	Kelengkapan Pengisian RM 24 Jam Setelah Selesai Pelayanan	100%	90%	98%	95%	98%	99%		88%
Indikator Sasaran Keselamatan Pasien									
36	Kelengkapan <i>Informed Consent</i> Sesudah Mendapatkan Informasi yang Jelas	100%	99%	98%	99%	99%	99%		90%
37	Tidak ada Dokumen Rekam Medik yang Hilang	100%							0%
38	Tidak adanya Kejadian Kesalahan Tindakan Rehabilitasi Medik	100%							0%
39	Waktu Tunggu Layanan Fisioterapi ≤120 Menit	≥ 90%							0%
40	Kejadian <i>Drop Out</i> Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Medik yang Direncanakan	≤ 50 %							0%
41	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %	95%	97%	100%	97%			80%
42	Angka Keberhasilan Rehabilitasi Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 65 %	76,00%	68,00%	75,00%	73%			63%
43	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	≤ 1							0%

44	Tidak Ada Kejadian Kesalahan Pemberian Label pada Film Rontgen	100%							0%
45	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	≥90 %							0%
46	Tidak Adanya Kejadian Kesalahan Pemberian Diet	100%	100%	100%	100%	100%			83%
47	Pelaksanaan Penyuluhan di Luar Rumah Sakit	100%	78%	83%	111%	122%	144 %		69%
48	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥90 %	100%	115%	90%	115%	95%		114%
49	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%			83%
50	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%	100%	100%	100%			83%
51	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	100%	100%	100%	100%			83%
52	Waktu Tunggu Hasil Layanan Laboratorium	≤ 120 menit	45	46	43	55%			3417%
53	Batal ECT	≤ 5 %	0%	0%	0%	5%	4%		1%
54	Gagal ECT	≤ 5 %	0%	2%	0%	0%	0%		1%
55	Waktu Tunggu Sebelum ECT	≤ 2 hari	1	1	1	1	1%		83%
56	Ketersediaan Tim Bedah	100%	100%	100%	100%				75%
57	Ketersediaan Fasilitas dan Prasarana Operasi	80%	100%	100%	100%				75%
58	Kemampuan Melakukan Tindakan Operatif	100%	100%	100%	100%				75%
59	Waktu Tunggu Pelaksanaan Operasi Elektif ≤ 2 hari	100%	100%	100%	100%				75%
60	Tidak Adanya Kejadian Operasi Salah Orang	100%	100%	100%	100%				75%
61	Tidak Adanya Kejadian Salah Tindakan Operasi	100%	100%	100%	100%				75%
62	Tidak Adanya Kejadian Tertinggalnya Benda Asing	100%	100%	100%	100%				75%
63	Tidak Adanya Komplikasi Anestesi Karena Over Dosis	100%	100%	100%	100%				75%
64	Kematian di Meja Operasi	≤1%	0%	0%	0%				0%
65	Ketersediaan Linen Steril untuk Kamar Operasi	100%	100%	100%	100%				75%
66	Asesment prasedasi dan pra anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
67	Evaluasi ulang jika terjadi tindakan dari anestesi lokal / regional	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
68	Pelaksanaan monitoring pasien pemilihan anestesi dan sedasi dalam	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
69	Pelaksanaan monitoring status fisiologi selama anestesi	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
70	Pelaksanaan assesment pra bedah	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%

71	Penandaan lokasi operasi	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
72	Pelaksanaan surgical safety chek list	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
73	Pemantauan ketidak sesuai dx pre dan post op	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
74	Operasi efektif	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
75	Tidak adanya kejadian salah sisi	100%	100%	100%	100%	100%	100%		42%
76	Ketersediaan Pelayanan Perawat Jenazah	100%	100%	100%	100%				25%
77	Ketersediaan Fasilitas dan Prasarana Kamar Jenazah	100%	100%	100%	100%				25%
78	Waktu Tunggu Pelayanan Jenazah	100%	100%	100%	100%				25%
79	Perawatan Jenazah dengan Universal Precaution	100%	100%	100%	100%				25%
80	Tidak Adanya Kejadian Salah Identifikasi Jenazah	100%	100%	100%	100%				25%
81	Kelengkapan Pengisian Jabatan	≥90 %	100%	100%	100%				74%
82	Ketepatan Waktu Penyetoran Data Insentif Pegawai	100%							28%
83	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%							0%
84	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100%	100%	100%				75%
85	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	100%	100%	100%				75%
86	Kinerja Pegawai Yang Baik, Sangat Baik dan Excellent	≥95 %							0%
87	Program Reward dan Punishment	Ada program dilakukan sepenuhnya							38%
88	Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan >20 jam/tahun	≥ 80%/thn (6,6% per bulan)							0%
89	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Medis	90%							0%
90	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	≥75%/thn (6,25/bln)							0%
91	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	≥1,1%/thn							0%
92	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan	≥ 20% dari	67%	86%	91%				1384%

	Pendidikan Kedokteran	semua institusi							
93	Terlaksananya Evaluasi Pasca Pelatihan Keperawatan dan Non Medis	90%	100%						47%
94	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis	≥ 20% dari semua institusi							0%
95	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	≥90 %					100 %		8%
96	Kecepatan Pemberian Informasi Tagihan Pasien Rawat Inap	100%							0%
97	Kebenaran Laporan Harian Kasir	100%							0%
98	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan RS	100%							0%
99	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%							0%
100	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Pertemuan Tingkat Direksi	100%							0%
101	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%							0%
102	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%							0%
103	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%							0%
104	Perencanaan Strategis RS	100%							0%
105	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	Tepat waktu							0%
106	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	Skor = 2							0%
107	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90% per tahun							0%
108	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT							0%
	a. Pakaian								0%
	b. Tekstil								0%
	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang :	100%							0%
109	a. ATK	100%							0%
110	b. Tekstil	100%							0%
111	c. Gudang Rumah Tangga	100%							0%
112	d. Makanan	100%							0%
113	Ketepatan Pengelolaan dan Penatalaksanaan Barang Milik Negara	100%							0%

114	Pendampingan Masalah Hukum	100%							0%
115	Laporan Hasil Analisis Survei Kepuasan Pelanggan	≥ 80							0%
116	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer < 168 jam	90%							48%
117	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer/Network < 60 menit	90%							50%
118	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Alat	≥80 %							0%
119	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%	100%	100%	100%				75%
120	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%	100%	100%	100%	100%			83%
121	Pengelolaan Limbah Padat sesuai Permenkes 1204 th 2004	100%	100%	100%	100%	100%			83%
122	Capaian Tingkat Rumah Sakit Bersih	≥7500	7500	7500	7500				5625
123	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%							0%
124	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%							0%
125	Pelayanan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Rawat Inap	100%							0%
126	Pelayanan Case Manager Pasien Rawat Inap	100%							0%
127	Terlaksananya Kredensial/Re-kredensial bagi Semua Dokter	100%							0%
128	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Rumah Sakit	100%							0%
129	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Kedokteran	100%							0%
130	Penanganan Masalah Etik dan Hukum Keperawatan	100%							0%
131	Tersedianya Anggota Tim PPI yang Terlatih	≥75%							0%
132	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial Bagi Semua Perawat	100%							0%
133	Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan sesuai dengan Standar Keperawatan	≥90%							0%
134	Pelaksanaan Audit Operasional	100%							25%
135	Pemantauan Penyelesaian Tindak Lanjut Temuan Audit Internal dan Eksternal	100%							50%

136	INDIKATOR MUTU BELUM DIKERJAKAN (BELUM DIRUMUSKAN)							0%
137	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%						0%
138	Kelengkapan Dokumen	100%						0%
139	Kejadian Lelang Gagal	≤ 40 %						0%
140	Kelengkapan Dokumen Penerimaan Barang/Jasa	100%						0%
141	Hasil Pemeriksaan dan Penerimaan Barang/Jasa Sesuai Kontrak	≤ 40 %						0%

B REALISASI ANGGARAN TAHUN 2018

Laporan Keuangan berdasarkan SAIBA :

Laporan Realisasi Anggaran (periode yang berakhir 31 Desember 2018 dan 31 Desember 2017)

(DalamRupiah)

URAIAN	CATATAN	Th 2018		% thd Angg	Th 2017 (audited)
		ANGGARAN	REALISASI		REALISASI
PENDAPATAN					
Penerimaan Negara Bukan Pajak	B.1	54.483.100.000	60.482.282.461	111,01	56.478.743.664
JUMLAH PENDAPATAN		54.483.100.000	60.482.282.461	111,01	56.478.743.664
BELANJA					
	B.2.				
Belanja Pegawai	B.3	48.321.182.000	46.668.688.861	96,58	47.016.818.746
Belanja Barang	B.4	78.962.578.000	76.638.342.981	97,06	64.865.777.219
Belanja Modal	B.5	16.280.040.000	15.323.920.206	94,13	16.142.533.259
JUMLAH BELANJA		143.563.800.000	138.630.952.048	96,56	128.025.129.224
Sisa Lebih/Kurang Pembiayaan Anggaran (SiLPA/SiKPA)			(78.148.669.587)		(71.546.385.560)

Realisasi Penerimaan untuk periode yang berakhir pada 31Desember 2018 adalah sebesar Rp 60.481.362.461 atau tercapai 111.01% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp 54.483.100.000. Pendapatan RSJ-RW terdiri dari Pendapatan Jasa Pelayanan RS, Pendapatan Jasa penyediaan Barang/Jasa Lainnya dan Pendapatan Jasa Giro/bunga dari bank. Realisasi belanja tahun 2018 adalah sebesar Rp 138.630.952.048 atau 96,56% dari anggaran belanja sebesar Rp143.563.800.000.Realisasi Penerimaan tahun 2018meningkat sebesar 7,09% dari tahun 2017.

Peningkatan realisasi penerimaan pada tahun 2018 dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Penerimaan BPJS Kesehatan Rawat Jalan terjadi kenaikan sebesar 11 %, sedangkan rawat inap naik sebesar 2 % jika dibandingkan tahun sebelumnya hal ini karena adanya kenaikan jumlah kunjungan
2. Penerimaan Jamkesda Rawat Jalan sangat signifikan yaitu lebih dari 1000%, hal ini karena pengembangan jejaring dengan Faskes Daerah, tenaga sosial (TKSK) Kab/Kota, Program Desa Siaga, pembinaan Puskesmas terkait dengan sistem rujukan, Program Bebas Pasung dan penanganan ODGJ di Wilayah Jatim
3. Penerimaan layanan Rehabilitasi Napza untuk tahun 2018 ada penurunan sebesar 33%. Hal ini karena jumlah kunjungan layanan dengan upaya sukarela sedikit sekali dibandingkan dengan akibat tersangkut hukum dan terbukti bersalah melakukan tindak pidana narkoba.
4. Penerimaan tunai/tanpa jaminan mengalami kenaikan Rawat Jalan 10 % dan Rawat Inap naik sebesar 1 %, kasus kedaruratan turun 14%, Penunjang turun 11 %, jika dibandingkan dengan Tahun 2017, hal ini karena hal ini karena sebagian layanan jumlah pengunjung mengalami kenaikan akan tetapi ditinjau dari kasus kedaruratan mengalami penurunan
5. Penerimaan Diklat ada kenaikan yang cukup tinggi sebesar 20 % apabila dibandingkan tahun sebelumnya hal ini karena disamping adanya kenaikan tarif yang sudah diberlakukan. pada pertengahan tahun 2017 juga ada kenaikan jumlah kunjungan.
6. Penerimaan dari sewa gedung dan penerimaan lainnya juga mengalami kenaikan sebesar 52 % apabila dibandingkan Tahun 2017, hal ini karena adanya optimalisasi asset dan kerjasama operasional

Dibandingkan dengan tahun 2017, Realisasi Belanja pada tahun 2018 secara total naik sebesar 8,28%, akan tetapi realisasi belanja per jenis belanja tidak semuanya mengalami peningkatan, seperti belanja pegawai dan belanja modal yang lebih rendah dari tahun 2017.

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

1. Belanja Pegawai

Realisasi belanja pegawai pada tahun 2018 sebesar Rp. 46.668.688.861, turun sebesar 0,74% dari belanja tahun 2017 yang terealisasi sebesar Rp. 47.016.818.746. Hal ini disebabkan pada tahun 2018 Terdapat pegawai PNS yang pensiun maupun pindah

dan terdapat belanja lembur yang belum dibayarkan mulai bulan Oktober-Desember 2018.

2. Belanja Barang

Total realisasi belanja barang pada tahun 2018 sebesar Rp.76.638.342.981, naik sebesar 18,15% dari realisasi belanja barang tahun 2017 sebesar Rp.64.865.777.219. Hal ini disebabkan karena :

- a. Peningkatan realisasi belanja keperluan perkantoran, berupa peningkatan kegiatan promosi, peningkatan belanja untuk konsumsi rapat, biaya pengamanan kantor dan CS pada tahun 2018.
- b. Terdapat realisasi belanja barang non operasional lainnya pada tahun 2018 berupa pengadaan pakaian dinas pegawai
- c. Peningkatan realisasi belanja biaya pemeliharaan gedung dan bangunan pada tahun 2018 sebesar 54,52% dari tahun 2017. Pemeliharaan gedung dan bangunan pada tahun 2018 berupa kegiatan pemeliharaan jalan aspal, pemasangan paving di area pelayanan maupun penunjang dan pembelian bahan untuk pemeliharaan gedung dan bangunan RS.
- d. Peningkatan realisasi belanja barang operasional lainnya, yaitu pada belanja pengadaan BBM untuk mesin dan belanja kebutuhan RT (kursi, korden, kipas angin dll)
- e. Langganan Daya dan jasa berupa langganan listrik meningkat sebesar 1,37%
- f. Langganan daya dan jasa lainnya berupa langganan bandwidth meningkat sebesar 3,71% karena terdapat penambahan kapasitas bandwidth

3. Belanja Modal

Realisasi Belanja Modal pada tahun 2018 sebesar Rp. 15.323.920.206 turun 5,07% dari tahun 2017 yang terealisasi sebesar Rp. 16.142.533.259. Belanja modal peralatan dan mesin pada tahun 2018 berupa pengadaan alat kesehatan dan pengadaan peralatan dan fasilitas perkantoran dan kendaraan bermotor. Belanja modal gedung dan bangunan berupa Rehab Berat Gd Bina Jiwa, Inst. Binatu, dan Pembangunan Rumah Sampah, rehab berat gedung pelayanan dan penunjang pelayanan.

Laporan Operasional (periode yang berakhir 31 Desember 2018 dan 31 Desember 2017)

URAIAN	CATATAN	Th 2018	Th 2017 (audited)
KEGIATAN OPERASIONAL			
PENDAPATAN OPERASIONAL			
Pendapatan Alokasi APBN		84.810.132.742	84.493.580.079
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat		58.404.858.011	61.072.045.089
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain		343.603.240	-
Pendapatan Hibah		17.500.000	192.450.000
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU			-
Pendapatan BLU Lainnya		790.254.171	1.138.517.051
JUMLAH PENDAPATAN		144.366.348.164	146.896.592.219
BEBAN OPERASIONAL			
Beban Pegawai	E.2	76.631.950.291	73.758.275.423
Beban Persediaan	E.3	28.076.244.970	19.466.533.969
Beban barang dan Jasa	E.4	12.943.044.686	17.752.460.894
Beban Pemeliharaan	E.5	9.704.321.846	8.223.961.444
Beban Perjalanan Dinas	E.6	362.355.353	211.069.013
Beban Barang untuk Diserahkan kepada Masyarakat		-	-
Beban Bantuan Sosial		-	-
Beban Penyusutan dan Amortisasi	E.7	11.419.813.415	7.635.847.479
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	E.8	108.093.570	414.336.034
Beban Lain-lain		-	-
JUMLAH BEBAN		139.245.824.131	127.462.484.256
SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL		5.120.524.033	19.434.107.963
KEGIATAN NON OPERASIONAL			
Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar	E.9		
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar		-	-
Beban Pelepasan Aset Non Lancar		-	6.217.758
Jumlah Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non		-	(6.217.758)
Surplus (Defisit) dari Kegiatan non Operasional Lainnya	E.10		
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya		20.164.264.142	7.421.674.536
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya		12.269.810.476	4.960.789.181
Jumlah Surplus (Defisit) Dari Kegiatan Non		7.894.453.666	2.460.885.355
Jumlah Surplus /Defisit Dari Keg. Non Operasional		7.894.453.666	2.454.667.597
SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS LUAR BIASA		7.894.453.666	2.454.667.597
SURPLUS/DEFISIT LO		13.014.977.699	21.888.775.560

Jumlah Defisit LO untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2018 dan 31 Desember 2017 adalah sebesar Rp 13.014.977.699 dan 21.888.775.560. Pendapatan LO adalah sebesar Rp 144.366.348.164 sedangkan jumlah beban dari kegiatan operasional adalah sebesar Rp 139.245.824.131 sehingga terdapat Surplus dari Kegiatan Operasional senilai Rp 5.120.524.033. Surplus Kegiatan Non Operasional sebesar Rp 7.894.453.666

Neraca Per31 Desember 2018 dan 31 Desember 2017)

(DalamRupiah)

URAIAN	CATATAN	Th 2018	Th 2017 (audited)
ASET			
ASET LANCAR			
Kas Lainnya dan Setara Kas	D.1	118.394.147	73.558.895
Kas pada Badan Layanan Umum	D.2	35.171.887.826	53.607.735.847
Investasi Jangka Pendek - Badan Layanan Umum	D.3	25.000.000.000	-
Piutang bukan pajak	D.4	82.668.000	488.643.988
penyisihan Piutang Tak Tertagih - Piutang bukan pajak	D.5	(413.340)	(2.443.220)
piutang bukan pajak (netto)		82.254.660	486.200.768
Piutang dari keg operasional BLU	D.6	8.875.006.244	9.100.995.521
penyisihan Piutang Tak Tertagih - piutang operasional BLU	D.7	(3.051.143.283)	(2.943.463.053)
piutang dari keg operasional blu (netto)		5.823.862.961	6.157.532.468
persediaan	D.8	4.936.514.586	2.573.135.715
Jumlah Aset Lancar		71.132.914.180	62.898.163.693
ASET TETAP			
Tanah	D.9	526.493.393.000	81.293.100.000
Peralatan dan Mesin	D.10	99.360.695.763	84.858.338.412
Gedung dan Bangunan	D.11	108.162.652.408	79.136.715.406
Jalan, Irigasi, dan Jaringan	D.12	10.010.408.300	7.918.309.504
Aset Tetap Lainnya	D.13	386.297.000	329.109.000
Konstruksi dalam pengerjaan	D.14	126.760.000	442.857.000
Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	D.15	(98.707.063.032)	(113.742.315.547)
Jumlah Aset Tetap		645.833.143.439	140.236.113.775
ASET LAINNYA			
Aset Tak Berwujud	D.16	508.684.500	233.809.000
Aset Lain-Lain	D.17	10.202.000	10.202.000
Akumulasi Penyusutan dan Amortisasi Aset Lainnya	D.18	(224.623.563)	(157.935.375)
Jumlah Aset Lainnya		294.262.937	86.075.625
JUMLAH ASET		717.260.320.556	203.220.353.093
KEWAJIBAN			
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK			
Utang kepada Pihak Ketiga	D.19	220.233.715	1.212.176.951
Pendapatan Diterima di Muka	D.20	132.403.421	22.877.239
Jumlah Kewajiban Jangka Pendek		352.637.136	1.235.054.190
JUMLAH KEWAJIBAN		352.637.136	1.235.054.190
EKUITAS			
Ekuitas	D.21	716.907.683.420	201.985.298.903
JUMLAH EKUITAS		716.907.683.420	201.985.298.903
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS		717.260.320.556	203.220.353.093

Neraca menggambarkan posisi keuangan entitas mengenai aset, kewajiban, dan ekuitas pada 31 Desember 2018. Nilai Aset per 31 Desember 2018 dicatat dan disajikan sebesar Rp 717.260.320.556 yang terdiri dari: Aset Lancar sebesar Rp 71.132.914.180; Aset Tetap (neto) sebesar Rp 645.833.143.439; dan Aset Lainnya (neto) sebesar Rp 294.262.937 Nilai Kewajiban dan Ekuitas masing-masing sebesar Rp 352.637.136 dan Rp 716.907.683.420.

Pada tahun 2018 terjadi kenaikan aset lancar, meliputi antara lain kenaikan kas dan kenaikan nilai saldo persediaan. Piutang dari kegiatan operasional BLU turun dari tahun 2017. Aset tetap sebelum akumulasi penyusutan meningkat dari tahun 2017 hal ini karena pada tahun 2018 dilakukan revaluasi atas nilai aset tetap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Kewajiban jangka pendek turun dari tahun 2017 karena pada tahun 2017 ada pembayaran Remunerasi berupa Insentif Kinerja PNS 2017 yang belum dibayarkan dan baru direalisasikan pada tahun 2018. Pendapatan Diterima di Muka tahun 2018 bersumber dari jasa sewa tempat untuk ATM BRI dan Payment Point Bank BNI yang jangka waktu kontraknya lebih dari satu tahun, pembayaran sewa kantin IGD. Jumlah ekuitas pada tahun 2018 meningkat sebesar 254,93% dari tahun 2017.

Piutang dari Kegiatan Operasional BLU per 31 Desember 2018 dan 31 Desember 2017 masing-masing sebesar Rp 8.875.006.244 dan Rp 9.100.995.521. Piutang per 31 Desember 2017 termasuk piutang BPJS bulan Desember yang seharusnya baru selesai diverifikasi pada bulan Pebruari 2018 akan tetapi sudah diakui sebagai piutang pada bulan Desember 2017. Piutang per 31 Desember 2018 selain memuat piutang pasien umum juga piutang BPJS bulan Oktober dan Nopember 2018.

Rincian Piutang dari Kegiatan Operasional BLU

No.	Jenis Piutang	TH 2018	TH 2017
1	Pasien penjamin perorangan (pasien umum)	Rp 2.397.376.699,00	Rp 2.205.725.076,00
2	BPJS	Rp 5.674.920.400,00	Rp 6.092.561.300,00
3	KPKNL	Rp 802.709.145,00	Rp 802.709.145,00
	Jumlah	Rp 8.875.006.244,00	Rp 9.100.995.521,00

Klaim BPJS bulan Desember 2018 tidak disajikan dalam neraca karena masih dalam proses verifikasi oleh pihak BPJS, sehingga belum diketahui nominal Piutang BPJS. Sedangkan untuk pasien umum rawat inap, piutang tidak diakui karena belum ada surat pernyataan piutang karena pasien belum pulang atau masih dalam perawatan.

Laporan Perubahan Ekuitas untuk periode yang berakhir 31 Desember 2018 dan 2017

(Dalam Rupiah)

URAIAN	CATATAN	Th 2018	Th 2017 (audited)
EKUITAS AWAL	G.1	201.985.298.903	178.229.456.087
SURPLUS/DEFISIT LO	G.2	13.014.977.699	21.888.775.560
KOREKSI YG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS YANG ANTARA LAIN BERASAL DARI DAMPAK KUMULATIF PERUBAHAN KEBIJAKAN AKUNTANSI/KESALAHAN MENDASAR	G.3	493.739.847.926	1.867.067.256
PENYESUAIAN NILAI ASET	G.3.1	-	-
KOREKSI NILAI PERSEDIAAN	G.3.2	-	1.844.627.972
SELISIH REVALUASI ASET TETAP	G.3.3	493.310.532.973	-
KOREKSI nilai aset tetap non revaluasi	G.3.4	405.518.320	16.687.500
KOREKSI LAIN-LAIN	G.3.5	23.796.633	5.751.784
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	G.4	8.167.558.892	-
KENAIKAN /PENURUNAN EKUITAS	G.5	514.922.384.517	23.755.842.816
EKUITAS AKHIR	G.6	716.907.683.420	201.985.298.903

Nilai ekuitas pada tanggal 31 Desember 2018 dan 2017 adalah masing-masing sebesar Rp 716.907.683.420 dan Rp 201.985.298.903, yaitu naik 254.93%. Kenaikan nilai ekuitas pada tahun 2018 disebabkan pada tahun 2018 dilakukan revaluasi atas aset tetap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

BAB. VI.

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Laporan Tahunan RSJ Dr.Radjiman W. Lawang Tahun 2018 disusun sebagai penyelesaian tugas, tanggung jawab dan kewajiban untuk pelaksanaan kegiatan dalam program kerja sesuai dengan sasaran strategis, dalam Rencana Bisnis Anggaran tahun 2016. Sistematika penyusunan laporan ini mengacu pada surat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan No. PR.05.04.02/I.1/563/2017 tanggal 31 Januari 2017. Tercapainya Lulus Akreditasi Paripurna dari KARS sebagai tolak ukur dalam memenuhi kualitas pelayanan untuk kepuasan masyarakat dan Keselamatan Pasien kedepan tetap harus dipertahankan budaya kinerja sesuai dengan standar akreditasi.

Seluruh 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 disepakati dan dilaksanakan secara konsisten, sistimatis, terencana dan berkesinambungan.

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 dilalkukan survey SNARS Ed. 1 Internasional awal tahun 2019 serta audit mutu ISO 9001-2008 oleh SGS sebagai tolak ukur dalam memenuhi kualitas pelayanan untuk kepuasan masyarakat dan keselamatan pasien kedepan harus dipertahankan budaya kinerja sesuai dengan standar akreditasi.

Laporan Tahunan RSJ Dr.Radjiman W. Lawang Tahun 2018 disusun sebagai pelaksanaan tugas, tanggung jawab dan kewajiban untuk pelaksanaan program kerja sesuai sasaran strategis, program dan kegiatan. Sistematika penyusunan laporan ini mengacu pada surat Sekretaris Ditjen Pelayanan Kesehatan Nomor PR.05.04/I.1/13004/2018 tanggal 17 Desember 2018 tentang penyampaian perjanjian

kinerja Tahun 2018 dan Penyampaian Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2018 dan Permen PAN dan RB No. 53 Tahun 2014.

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

Secara umum target indikator kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Kerja Tahun 2018 dapat tercapai secara optimal.

Beberapa indikator capaian kinerja dapat disimpulkan sebagai berikut:

Kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan untuk pertumbuhan kunjungan rawat jalan tercapai 104% dan menurun jika dibandingkan dengan tahun lalu. Untuk pertumbuhan kunjungan rawat darurat hanya tercapai 95% menurun dibanding tahun 2017. Sedangkan pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap tercapai 98% %. Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi menurun dan tercapai 95% %, Pertumbuhan pemeriksaan ECT 191% meningkat selama tahun 2018 dengan tambahan ECT premedikasi . Pertumbuhan rehabilitasi fisik dan mental hanya mencapai 85 %. Dalam hal mendukung JKN untuk penulisan resep sesuai dengan Formularium Nasional tercapai 97.16 % sesuai dengan kebijakan dalam pemakaian obat Formularium Nasional . BOR menurun dari 76,58% tahun 2017 menjadi 74,93 pada tahun 2018 karena pelaksanaan MOU dengan kabupaten/ kota.

Dalam rangka memenuhi mutu layanan dan mutu klinik di masyarakat beberapa indikator sesuai dengan standar Nasional yaitu : Mutu Layanan Emergency Respon Time tercapai 1 menit 39 detik, waktu tunggu rawat jalan 78 mnt 36 detik kurang dari standar 60 mnt. Length Of Stay masih terlalu lama yaitu 42,91 tahun 2017 dan tahun 2018 semakin lama yaitu hari 46,41 hari , waktu tunggu sebelum ECT 1 hari sudah memenuhi standar, waktu tunggu Laboratorium 48 menit 3 detik sudah cukup terpenuhi. Waktu Tunggu Hasil Radiologi 1 jam 30 menit sudah terpenuhi. Untuk Mutu Klinik angka kematian di Gawat Darurat 0% tercapai, Angka kematian > 48 jam hanya 0 %. Tidak ada kematian setelah dilakukan ECT . Angka Infeksi nosokomial untuk luka fixaxi 0,1 %, dermatomikosis 0,2 %, Scabies 0,1 % dan postural hipotensi 0% sehingga angka infeksi nosokomial masih dalam kriteria baik (Haper 0,4% dengan skor maksimal 4)

Kinerja Direktorat SDM dan Pendidikan adanya peningkatan jumlah pegawai 2 orang karena pegawai yang pensiun sejumlah 26 orang, pindah keluar 4 orang jadi jumlah total pegawai yang keluar 30 orang, tdak ada rekrutment non PNS pada tahun 2018. Pada

tahun 2018 terjadi pergantian pimpinan Diektur utama pada Bulan Oktober 2018 yaitu dr Laurentius Panggabean, Sp K. MKK digantikan oleh dr. Siti Khalimah, Sp KJ MARS. Kinerja tetap berjalan dengan dengan melakukan efisiensi dan efektifitas pegawai.

Kegiatan pengelolaan kesejahteraan pegawai yang meliputi pengelolaan BPJS, TASPEN, cuti pegawai, uangduka, tali asih, pemeriksaan kesehatanpegawai, uang makan pegawai PNS dan pengelolaan pegawai Non PNS sudah sesuai dengan target.. Terkait pengelolaan cuti pegawai, tercapai sesuai target yang telah di tetapkan, namun dalam pelaksanaanya cuti mengalami perubahan yaitu pada cuti bersama yang telah ditetapkan oleh presiden tidak mengurangi cuti tahunan yang pada tahun sebelumnya mengurangi. Terkait pengelolaan BPJS Kesehatan bagi pegawai non PNS tercapai sesuai target. Untuk kesejahteraan pembiayaan pegawai Non PNS dibiayai dari dana BLU sebanyak 139 pegawai. Kepuasan pegawai tercapai 87,15%, tercapainya budaya pegawai berperilaku sesuai budaya kinerja 80,71% dan belum memenuhi target sebesar 85%.

Kegiatan penatausahaan pegawai pada tahun 2018 sejumlah 10 kegiatan yang meliputi: pengusulan KARIS/KARSU, pengusulan KARPEG, pembuatan surat tugas, pembuatan Surat Keputusan DIRUT, mengagendakan surat, administrasi kepegawaian lainnya, meng-update SIMKA online, merekap data ketenagaan bulanan, pengusulan kenaikan gaji berkala dan meng-update dan membuat DUK semua kegiatan tercapai sesuai target yang di tetapkan, namun terkait dengan Update SIMKA terdapat kendala kurangnya data pendukung dalam Update SIMKA karena pegawai tidak melapor jika terjadi perubahan data dikarenakan pegawai kurang memahami kepentingan Update SIMKA.. Pelaksanaan survei penilaian budaya kerja pegawai telah terlaksana dengan menggunakan sistem online dengan google form.

Program di Bagian Diklit untuk pertumbuhan peserta didik Kedokteran tahun 2018 mengalami penurunan dan tercapai mencapai 99 % sehingga mengalami penurunan dibanding tahun 2017., Layanan praktikan mahasiswa S1 psikologi menurun mencapai 78,79 % . Rata - rata jam pelatihan karyawan terapai 230% tahun 2018 namun prosesntase pegawai yang mendapatlan pelatihan > 20 JPL/ tahun hanya tercapai 57,%, . Penyelenggaraan pelatihan dodiknis dan CI yang dilaksanakan bekerjasama dengan institusi pasangan tercapai 75% Penelitian yang dipublikasikan tercapai 1 penelitian saja.. Capaian pelayanan magang tahun 2018 tercapai 66,7 % dikarenakan pengiriman peserta magang dari kabupaten / kota yang akan membuka layanan kesehatan jiwa terbatas.

RSJ Dr. RAdjiman Wediodiningrat LAwang juga sebagai RS Pendidikan dan tahun 2018 adalah maintenance dokumen RS Pendidikan serta persiapan dokumen IPKP untuk

survey SARS Ed. 1 yang telah disurvei awal tahun 2019. dan layanan unggulan psikogeriatri. Layanan kunjungan tahun 2018 tetap dipertahankan karena ada beberapa institusi yang telah bekerja sama dengan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat untuk praktik kerja lapangan juga rutin mengirimkan mahasiswanya untuk kunjungan terlebih dahulu

Survey Kepuasan peserta didik tercapai 83% disebabkan kurang puasan pada prosedur pelayanan dan akomodasi. Visitasi Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Afiliasi sudah dilaksanakan ditahun 2017 dan 5 tahun lagi akan dilakukan visitasi kembali untuk penetapan Rumah Sakit Pendidikan namun penilaian elemen setiap tahun dilakukan melalui survey Snars pada pokja IPKP.

Kinerja Direktorat Keuangan dan Administrasi Umum sesuai indikator Tingkat Kesehatan BLU berdasarkan Perdirjen PB No. 24 Tahun 2018 dan ditetapkan dalam Target Kinerja dalam Rencana Kerja Tahun 2018. Target penetapan kinerja/ Tapja tahun 2018 diusulkan pada bulan Januari 2018 sebesar **84,12%**. Adapun realisasinya pada Tahun 2018 tercapai **81,87 (kategori BAIK AA)** sehingga target tidak tercapai dengan rincian aspek keuangan tercapai 21,6 dan aspek pelayanan tercapai 60,27 Pencapaian Indikator Kinerja Utama Direktur Utama/ IKI selama Tahun 2018 dengan jumlah terkecil 85,5 skor 1,75 dan tertinggi 98 dengan skor 2 dengan rata – rata nilai indikator 1,75 - 2. Sedangkan untuk Indikator Kinerja Terpilih tercapai rata – rata pencapaian index rata – rata 97% atau Nilai IKI 1.

Realisasi belanja pegawai pada tahun 2018 sebesar Rp. 46.668.688.861,00 turun sebesar 0,74 %. Realisasi Belanja Barang pada tahun 2018 sebesar Rp. 76.638.342.981 naik sebesar 18,14%. Belanja modal gedung dan bangunan pada tahun 2018 adalah Rp. 15.323.920.206 pada tahun 2018 mengalami penurunan sebesar 5,07% dibanding tahun 2017. Modal gedung dan bangunan pada tahun 2018 tidak terlaksana, terhambatnya keterlambatan dalam perencanaan konsultan.

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 tri wulan baik secara internal maupun dengan KPPN Malang. Dilakukan audit secara internal oleh SPI dan dengan KAP dengan hasil penilaian WTP untuk pelaporan yang sudah berjalan. Pemanfaatan teknologi Informasi dalam setiap kegiatan pelayanan keuangan, pelayanan pengadaan Barang dan Jasa dan juga untuk kegiatan di bawah Direktorat keuangan dan Administrasi Umum.

Untuk mewujudkan pelayanan prima dan kepuasan pelanggan telah dilaksanakan survei kepuasan pelanggan IKM dengan nilai 82,22 (**kategori BAIK**). Dari total 124

penanganan komplain yang masuk telah dapat direspon seluruhnya. Walaupun tidak semua komplain dapat ditangani dengan segera terutama yang berkaitan dengan sarana prasarana. Budaya kinerja harus tetap dipertahankan dan lebih ditingkatkan lagi untuk mempertahankan AKREDITASI PARIPURNA yang telah dicapai dan pada awal tahun 2019 telah dilaksanakan Survey Akreditasi SNARS Ed. 1 Internasional.

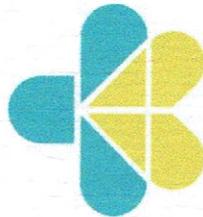
B. SARAN DAN TINDAK LANJUT

1. Perlunya 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 RSB RSJRW tahun 2015 – 2019 perlu dijabarkan dalam Rencana Kinerja Tahunan yaitu RBA Tahun 2017 disertai target yang rasional sebagai pedoman dalam melaksanakan kinerja tahun berjalan dan perlu lebih dipertajam lagi untuk matrik keterkaitan sasaran strategis dan programn kerja.
3. Perlunya tindak lanjut penyelesaian masalah sesuai dengan rekomendasi yang ditentukan pada setiap tabel indikator sasaran strategis dan penetapan kinerja dalam IKU RSB, IKI IKT Dirut, Tingkat Kesehatan dan Indikator Mutu khususnya untuk realisasi yang belum mencapai target.
4. Perlunya peningkatan promosi dan prevensi kesehatan jiwa melalui pemantapan kerjasama jejaring pelayanan kesehatan jiwa di seluruh kabupaten/ kota se provinsi Jawa Timur untuk mendukung sistem rujukan berkaitan dengan Jaminan Kesehatan Nasional.
5. Perlu mengupayakan pengembangan jejaring kerjasama operasional untuk pelayanan unggulan psikogeriatri dan pelayanan yang lain, peningkatan promosi layanan kesehatan jiwa usia lanjut, dan memperkenalkan pusat pelayanan nasional psikogeriatri dengan fasilitas yang lengkap.
6. Perlunya monitoring dan evaluasi kebutuhan SDM dengan mengupdate Analisis Beban Kerja secara On Line yang sudah dilakukan sehingga didapatkan kebutuhan sesuai dengan perkembangan dan pertumbuhan organisasi rumah sakit.
7. Perlunya peningkatan kompetensi SDM untuk mencapai persyaratan kompetensi dan kredensial/ rekredensialing untuk mempertahankan Akreditasi “Lulus Paripurna” Rumah Sakit KARS versi 2012 dan mencapai SNARS tahun 2018
8. Perlunya pengembangan kualitas pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian untuk mendukung potensi sebagai rumah sakit jiwa pendidikan

9. Perlunya koordinasi, komunikasi, dan informasi dengan seluruh unit kerja secara lebih intensif agar kegiatan penelitian internal dapat terlaksana.
10. Perlunya kerjasama lintas profesi dan mengembangkan inovasi program rehabilitasi mental yang berfokus kemandirian pasien dengan waktu relative lebih pendek agar pasien mampu beradaptasi kembali dengan lingkungan rumah/ keluarga/ masyarakat.
11. Perlunya monitoring pelaksanaan pengadaan B/J secara efektif, transparan dan akuntabel mendukung reformasi birokrasi.

LAMPIRAN - LAMPIRAN

Lampiran
Laporan Tahun 2018
RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

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

Nama : dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ, MKK

Jabatan : Direktur Utama RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

Selanjutnya disebut pihak pertama

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

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut sebagai 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.

Lawang, 18 Desember 2017

Pihak Kedua,

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

Pihak Pertama,



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

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018
RS Jiwa Dr. RAJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif Stakeholder				
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kesehatan RS BLU	Sehat AA
		2	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	80 %
		3	Tingkat Kepuasan Pegawai	80 %
		4	Tingkat Kepuasan Peserta Didik	80 %
		5	Prosentase Komplain yang Ditindaklanjuti	100 %
Perspektif Proses Bisnis				
2	Terwujudnya Pelayanan yang Berkualitas.	6	Terakreditasi Nasional dan Internasional	Reakreditasi SNARS
3	Terwujudnya Inovasi pelayanan berbasis RS dan komunitas	7	Jumlah pengembangan jenis layanan psikogeriatri berbasis RS	4
		8	Jumlah Pengembangan Jenis Layanan Psikogeriatri Berbasis Komunitas	3
4	Terwujudnya Pengembangan Kerjasama dengan Institusi Jejaring dalam Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	9	Jumlah Institusi Jejaring Pelayanan Psikogeriatri	1
		10	Jumlah Institusi Jejaring Pendidikan Psikogeriatri	1
		11	Jumlah Institusi Jejaring Penelitian Psikogeriatri	1
		12	Pemberdayaan Layanan PPK Primer dan Sekunder	12
		13	Terealisasinya Kerjasama dengan Sister Hospital LN dan DN	1
		14	Prosentase Supervisi yang Dilakukan oleh Jejaring Pendidikan	60 %
5	Terwujudnya Bisnis Proses Internal yang Efektif	15	Prosentase Unit Kerja yang Mencapai Target IKU	100 %

Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi				
6	Terwujudnya budaya kinerja yang berkomitmen pelayanan prima	16	Prosentase Pegawai yang Berperilaku sesuai Budaya Kerja	85%
7	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	17	Prosentase Pegawai yang Memenuhi Standar Kompetensi	70%
8	Terwujudnya kehandalan aset untuk psikogeriatri	18	OEE (overall equipment effectiveness)	70%
9	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	19	Level integrasi IT rumah sakit	Siloed - 2
Perspektif Financial				
10	Terwujudnya Efisiensi biaya	20	POBO	> 45%
11	Tercapainya peningkatan pendapatan RS	21	Tingkat pertumbuhan pendapatan	5%

No	Kegiatan	Anggaran
1	Rupiah Murni /APBN	Rp. 91.410.066.000,-
2	Badan Layanan Umum(BLU)	Rp. 54.483.100.000,-
	Jumlah	Rp. 145.893.166.000,-

Lawang, 18 Desember 2017

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI,



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

Direktur Utama
RS. J. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang,



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



**KONTRAK KINERJA
ANTARA**

**DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN**



DENGAN

**DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2018**

Nomor : PRJ- 30 /PB/2018

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

1. Nama : Dr. Marwanto Harjowiryono, M.A.
Jabatan : Direktur Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan RI
Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan RI
Selanjutnya disebut sebagai PIHAK PERTAMA
2. Nama : dr. Laurentius Panggabean, Sp.KJ, M.KK
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
Kementerian Kesehatan RI
Selanjutnya disebut sebagai PIHAK KEDUA.

Bersepakat bahwa dalam rangka mewujudkan Badan Layanan Umum yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi pada hasil, diperlukan Kontrak Kinerja Tahun 2018, dengan ketentuan;

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

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target 2018			
			Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV
1.	Kelengkapan dan Ketepatan Rekam Medik Dalam Waktu 24 Jam	80%	90%	90%	90%	90%
2.	Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis	80%	80%	80%	80%	80%
3.	Sistem Antrian Pasien Rawat Jalan (Online/SMS)	10%	10%	10%	10%	10%
4.	Informasi Ketersediaan Tempat Tidur	100%	100%	100%	100%	100%
5.	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	55%	50%	50%	50%
6.	Modernisasi Pengelolaan BLU (penerapan Aplikasi BLU <i>Integrated Online System/BIOS</i>)	100%	100%	100%	100%	100%

PIHAK KEDUA bersedia menerima konsekuensi atas capaian target kinerja tersebut.

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

Jakarta, 17 Januari 2018

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
Direktur Jenderal,

Rumah Sakit Jiwa
Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
Direktur Utama,

Dr. Marwanto Harjowiryono, M.A.
NIP 195906061983121001

dr. Laurentius Panggabean, SpKJ, M.KK
NIP 196209111989101001



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.3.2.3/ 0851 /2019

TENTANG

TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2018 DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

DIREKTUR UTAMA RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

- Menimbang**
- bahwa untuk kelancaran pelaksanaan anggaran tahun 2018 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 2018 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 RI No. 254/Menkes/Per/III/2008, tanggal 11 Maret 2008, tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ 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/574/2018, tanggal 11 Oktober 2018, tentang Pemberhentian dan Pengangkatan dari dan dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di lingkungan Kementerian Kesehatan.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2018 DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**
- Kesatu** : Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) tahun anggaran 2018, dengan susunan personalia sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini;
- Kedua** : Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) tahun 2018 bertugas mengevaluasi dan finalisasi LAK tahun 2018 serta mempersiapkan penilaian dari Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan RI;
- Ketiga** : Keputusan ini **berlaku sejak tanggal 1 Januari 2019** dan akan diadakan pembetulan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya.

Ditetapkan di : Lawang
Pada Tanggal : 7 Januari 2019

DIREKTUR UTAMA,



SITI KHALIMAH
NIP.197104162002122001



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 : Surat Keputusan Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
HK.03.01/XXVII.3.2.3/ 0851 /2019, 7 Januari 2019

TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA(LAK) TAHUN 2018 DI RSJ Dr.RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

- A. Pelindung : Direktur Utama
- B. Penasehat :
1. Direktur Medik dan Keperawatan
 2. Direktur SDM dan Pendidikan
 3. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum
- C. Susunan Tim LAK Tahun 2018
- Ketua : Kepala Bagian Administrasi Umum
- Sekretaris : Kepala Sub Bagian TU dan Pelaporan
- Anggota :
1. Kepala Bidang Medik
 2. Kepala Bidang Keperawatan
 3. Kepala Bagian SDM
 4. Kepala Bagian Diklit
 5. Kepala Bagian Keuangan
 6. Kepala Seksi Pelayanan Medik
 7. Kepala Seksi Pelayanan Penunjang Medik
 8. Kepala Seksi Rawat Inap
 9. Kepala Sub Bagian Hukormas
 10. Kepala Sub Bagian Pembendaharaan dan Akuntansi
 11. Kepala Sub Bagian Administrasi Kepegawaian
 12. Kepala Sub Bagian Diklit Medis
 13. Kepala SPI
 14. Kepala Instalasi SIRS
 15. Kepala Instalasi Rekam Medis



DIREKTUR UTAMA,

SITI KHALIMAH
NIP.197104162002122001



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



SURAT TUGAS

Nomor : KP.04.03/XXVII.2019/2019

Sehubungan dengan surat tugas kedinasan, dengan ini diterbitkan surat tugas bagi pegawai – pegawai tersebut dibawah ini :

- Pelindung : Direktur Utama
- Penasihat : 1. Direktur Medik dan Keperawatan
2. Direktur SDM dan Pendidikan
3. Direktur Keuangan dan Administrasi Umum
- Ketua : Dra. LATIFAH, Apt, M.Kes.
- Sekretaris : ACHMAD FATONI, S Kom
- Anggota : 1. dr. GUNAWAN, MMRS
2. SUSIATI, S.ST,M.M
3. PARAMITHA NOERTJAHJA, MM
4. dr. NANY WULANDARI
5. ISTOE HEROE WIDODO, SE
6. dr. NUR WIDAYATI
7. M. SHALEHUDDIN, S.Kep, Ns, M.Kes
8. F TITIK SUNARSIH, S.Kep
9. RIBUT SUPRIYATIN, S.ST,MM
10. NENNY INDRIYANI, SE
11. ANANG NURWIYONO, M.Kep.Sp.KepJ
12. dr. YENI DIAH KURNIAWATI, MMRS
13. MUHDORUN, SKM
14. WAHYU INDRA CAHYONO
15. BASIRUN, SKM

Untuk menjadi Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2018 berlaku sejak **tanggal ditetapkan**.

Demikian surat tugas ini diterbitkan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

08 Januari 2019

an Direktur Utama
Direktur SDM dan Pendidikan



dr. BUDHIMULJONO ADHIWIRAWAN, M.Kes
NIP. 196101041988031002



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



31 Januari 2019

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

SURAT PENGANTAR

NOMOR : UM.01.05/XXVII.3.2/2299/2019

No	Jenis surat/berkas yang dikirim	Banyaknya	Keterangan
1.	Dokumen LAPTAH RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat 2018	1 Dokumen	Untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Diterima tanggal.....

Penerima

Pengirim;

Direktur Keuangan dan Administrasi Umum,



Nurul Sri Hidayati Rini, SE, MMRS, Ak

NIP.196510261987032001

.....
NIP.....

No Telp.....

Setelah diterima mohon di fax ke :

Achmad Fatoni, S Kom

0341(423785)