



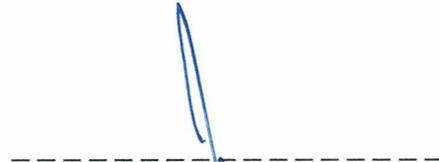
LAKIP 2021

RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

LAKIP 2021
RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI :

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



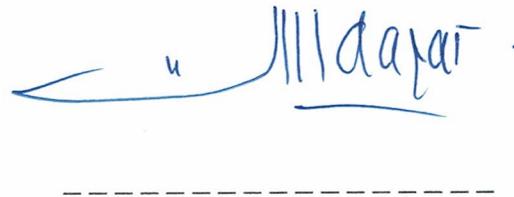
Handwritten signature of dr. Yuniar, Sp.KJ, written in blue ink above a dashed horizontal line.

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



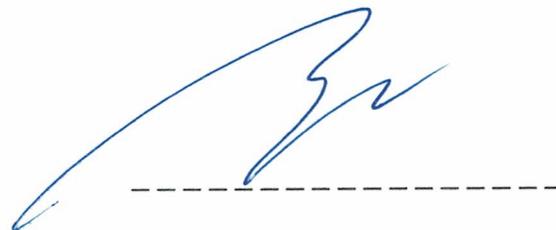
Handwritten signature of dr. Resty Lestantini, M.Kes, written in blue ink above a dashed horizontal line.

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



Handwritten signature of Nurul Sri Hidayati Rini, SE, Ak, MMRS, written in blue ink above a dashed horizontal line.

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



Handwritten signature of dr. Resty Lestantini, M.Kes, written in blue ink above a dashed horizontal line.



KATA PENGANTAR

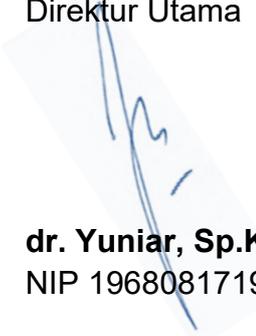


Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan ridho-Nya, bahwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah menyelesaikan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2021. Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2021 ini merupakan bentuk pertanggungjawaban RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai instansi pemerintah dalam mewujudkan visi, misi, dan tujuan organisasi dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014, tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

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

Terima kasih disampaikan kepada seluruh unit kerja yang telah membantu dalam proses pengumpulan data, memonitoring, mengevaluasi, serta memvalidasi data sehingga tersusun “Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2021 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang”. Saran dan masukan yang konstruktif, kami perlukan untuk melakukan perbaikan di masa yang akan datang. Semoga laporan ini dapat memberikan nilai manfaat bagi kita semua.

Lawang, Januari 2022
Direktur Utama


dr. Yuniar, Sp.KJ
NIP 196808171996032005

Daftar Isi

	Hal
SAMPUL DEPAN	i
LEMBAR TELAAH DIREKSI	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR	vi
RINGKASAN EKSEKUTIF	v
BAB I : PENDAHULUAN	
1.1 Penjelasan Umum Organisasi	1
1.2 Permasalahan Utama	3
1.3 Kondisi Badan Layanan Umum Tahun 2021	5
1.3.1 Kelembagaan	5
1.3.2 Sumber Daya Manusia	7
1.3.3 Sarana Prasarana	9
1.3.4 Dana	13
1.4 Sistematika Laporan	16
BAB II : PERENCANAAN KINERJA	
2.1 Perencanaan Kinerja	18
2.2 Perjanjian Kinerja	21
2.3 Kontrak Kinerja	23
2.4 Indikator Kinerja Individu	23
2.5 Indikator Kinerja BLU	24
2.6 Indikator Mutu Unit Kerja	28
BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA	
3.1 Capaian Kinerja Organisasi	42
3.1.1 Capaian Kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2021	43
3.1.2 Capaian Kinerja berdasarkan Kontrak Kinerja Tahun 2021	76
3.1.3 Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2021	78
3.1.4 Capaian Tingkat Kesehatan Rumah Sakit Tahun 2021	86
3.1.5 Capaian Indikator Mutu Unit Kerja	89
3.2 Realisasi Anggaran	106

BAB IV : PENUTUP

4.1 Kesimpulan	116
4.2 Langkah – langkah meningkatkan kinerja	118

LAMPIRAN – LAMPIRAN

Perjanjian Kinerja Tahun 2021

Kontrak Kinerja Tahun 2021

SK Tim Evaluasi LAK Tahun 2021



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 1.1	Jumlah Pegawai berdasarkan Jenis Ketenagaan Per 31 Desember 2021 7
Tabel 1.2	Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan Per 31 Desember 2021... 8
Tabel 1.3	Laporan Barang Kuasa Pengguna Tahunan Intrakomptabel Rincian Per Kelompok Barang Tahun Anggaran 2021 9
Tabel 1.4	Laporan Posisi Barang Milik Negara Di Neraca Tahun 2021 (Menurut SIMAK BMN - Per tanggal 31 Desember 2021) 12
Tabel 1.5	Realisasi Anggaran RM 13
Tabel 1.6	Realisasi Anggaran BLU 15
Tabel 2.1	Indikator Kinerja Utama (IKU) RSJ DR. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020 -2024 18
Tabel 2.2	Perjanjian Kinerja Tahun 2021 21
Tabel 2.3	Kontrak Kinerja Tahun 2021 23
Tabel 2.4	Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2021 23
Tabel 2.5	Indikator Kinerja BLU Tahun 2021 Aspek Keuangan 24
Tabel 2.6	Indikator Kinerja BLU Tahun 2021 Aspek Pelayanan 26
Tabel 2.7	Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2021 28
Tabel 3.1	Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2020 dan Tahun 2021. 43
Tabel 3.2	Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat Tahun 2020 dan 2021 47
Tabel 3.3	Capaian Kecepatan Respon terhadap Komplain Tahun 2020 dan 2021..... 50
Tabel 3.4	Capaian Proporsi Peningkatan Pemanfaatan Layanan Promotif dan Preventif Subspesialistik yang Berorientasi pada Optimalisasi Kualitas Hidup Tahun 2020 dan 2021 52
Tabel 3.5	Capaian Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Psikogeriatri Tahun 2020 dan 2021 54
Tabel 3.6	Capaian Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup pada Warga Lansia di Wilayah Binaan Tahun 2020 dan 2021 56
Tabel 3.7	Capaian Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional Tahun 2020 dan 2021 58
Tabel 3.8	Capaian Terwujudnya Jejaring Penelitian dalam Kesehatan Jiwa Tahun 2020 dan 2021 60

Tabel 3.9	Capaian Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan dalam Kesehatan Jiwa Tahun 2020 dan 2021	62
Tabel 3.10	Capaian Peningkatan Proporsi Jumlah Pasien yang Dirujuk Oleh Jejaring Kemitraan Tahun 2020 dan 2021	64
Tabel 3.11	Capaian Tercapainya Peningkatan Kompetensi RS yang Diampu RSJRW dalam Layanan Psikogeriatri Tahun 2020 dan 2021	65
Tabel 3.12	Capaian Jumlah Inovasi Pada Unit Kerja yang Berorientasi pada <i>Service Excellent</i> Tahun 2020 dan 2021	67
Tabel 3.13	Capaian Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa Tahun 2020 dan 2021	69
Tabel 3.14	Capaian Persentase Perilaku Pegawai sesuai Budaya Kinerja Tahun 2020 dan 2021	70
Tabel 3.15	Capaian Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2020 dan 2021	72
Tabel 3.16	Capaian Terakreditasi Internasional Tahun 2020 dan 2021	73
Tabel 3.17	Capaian Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT Tahun 2020 dan 2021	74
Tabel 3.18	Capaian OEE (Overall Equipment Effectiveness) Tahun 2020 dan 2021	76
Tabel 3.19	Capaian OEE Semester I tahun 2021	76
Tabel 3.20	Capaian OEE Semester II tahun 2021	76
Tabel 3.21	Capaian Persentase Pemanfaatan Aset untuk Meningkatkan Mutu Layanan dan Pendapatan Tahun 2020 dan 2021	77
Tabel 3.22	Capaian Persentase Kompetensi Pegawai yang Sesuai Standar Tahun 2020 dan 2021	78
Tabel 3.23	Capaian Persentase Hasil Penilaian Komponen Kualitas dan Perilaku Kinerja Sesuai Standar Tahun 2020 dan 2021	80
Tabel 3.24	Capaian Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2020 dan 2021	81
Tabel 3.25	Capaian Terwujudnya Pertumbuhan Pendapatan > 10% Tahun 2020 dan 2021	83
Tabel 3.26	Capaian Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45% Tahun 2020 dan 2021	83
Tabel 3.27	Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan I – II Tahun 2021...	76
Tabel 3.28	Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan III – IV Tahun 2021	77

Tabel 3.29	Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Januari – Maret Tahun 2021	78
Tabel 3.30	Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan April – Juni Tahun 2021	80
Tabel 3.31	Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Juli – September Tahun 2021	82
Tabel 3.32	Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Oktober – Desember Tahun 2021	84
Tabel 3.33	Capaian Aspek Keuangan	86
Tabel 3.34	Capaian Aspek Pelayanan	86
Tabel 3.35	Capaian Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2021	89
Tabel 3.36	Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2021	106
Tabel 3.37	Laporan Perubahan Saldo Anggaran Lebih	107
Tabel 3.38	Laporan Operasional (periode yang berakhir 31 Desember 2021 dan 2020)	111
Tabel 3.39	Neraca Per 31 Desember 2021 dan 31 Desember 2020	112
Tabel 3.40	Laporan Perubahan Ekuitas untuk periode yang berakhir 31 Desember 2021 dan 2020	113
Tabel 3.41	Tabel Penerimaan Tahun 2021 dan 2020	113
Tabel 3.42	Perbandingan Total Piutang per 31 Desember 2020 dan 2021	114

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2020	6
Gambar 1.2 Grafik Jumlah Pegawai berdasarkan Jenis Kelamin Per 31 Desember 2021	7
Gambar 1.3 Grafik Jumlah Pegawai berdasarkan Status Pegawai Per 31 Desember 2021	8
Gambar 1.4 Grafik Jumlah Pegawai berdasarkan Jabatan Per 31 Desember 2021	8
Gambar 1.5 Grafik Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan Per 31 Desember 2021	9
Gambar 3.1 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat Januari-Desember 2021	47
Gambar 3.2 Perbandingan Total Piutang per 31 Desember 2020 dan 2021	114

RINGKASAN EKSEKUTIF

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah ditetapkan sebagai instansi PPK BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/MenKes/SK/VI/2007 dan Surat Keputusan Menteri Keuangan No.284/KMK.05/2007. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Salah satu persyaratan administratifnya adalah kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

Sesuai Permenkes Nomor 30 Tahun 2018 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan pasal 942, bahwa Setiap pimpinan unit organisasi harus mengikuti dan mematuhi petunjuk serta bertanggung jawab pada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan kinerja secara berkala tepat pada waktunya.

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat ditetapkan kembali ijin operasionalnya dan penetapan klasifikasi RS Khusus Jiwa Kelas A melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.02.02/I/0894/2020 tanggal 20 Maret 2020. Pada tanggal 30 Juni 2019, RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berhasil memperoleh sertifikat Akreditasi Rumah Sakit sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) International dan berlaku sejak tanggal 14 Januari 2019 sampai dengan 13 Januari 2022 dengan nomor : KARS-SERT/764/VI/2019. Pada tahun 2021 ditetapkan standar kinerja terdiri dari :

- Perjanjian Kinerja Tahun 2021 antara Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dalam Indikator Kinerja Utama (IKU) yang terdiri dari 23 Indikator kinerja dan pengelolaan anggaran sebesar Rp. 145.956.667.000.
- Kontrak Kinerja Direktur Utama Tahun 2021 antara Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan Dirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan yang terdiri dari 5 indikator.
- Indikator Mutu Rumah Sakit sesuai dengan Peraturan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/I/1828/2019 tentang pedoman teknis penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan dan Peraturan Direktur Jendral Perbendaharaan nomor PER-24/PB/2018 tentang Tata Cara Perhitungan Kinerja BLU Bidang Layanan Kesehatan Pada Rumah Sakit.

Dalam rangka pencapaian target tahun 2021 dilaksanakan strategi antara lain :

- Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup diupayakan dengan melaksanakan penguatan edukasi, skrining, dan deteksi dini kepada kelompok masyarakat dan institusi Lembaga Pendidikan melalui metodologi Daring / Luring sesuai kondisi untuk lebih bisa mengenali masalah terkait Kesehatan Jiwa utamanya Kesehatan jiwa lansia, anak dan remaja, serta risiko penyalahgunaan Napza.
- Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa akan diupayakan dengan membuka konsultasi virtual (psikologi dan telemedicine) melalui media online sehingga mudah diakses oleh masyarakat, mengoptimalkan pendaftaran online, pelayanan yang cepat tepat sesuai dengan standar waktu tunggu rawat jalan/IGD dan waktu rawat inap.
- Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan diupayakan dengan cara melanjutkan KSO yang sudah terjalin namun terhenti karena adanya pandemi covid 19 Selain itu juga perlu dibuka kembali potensi pemanfaatan aset untuk pertanian dan wisata
- Meningkatkan kerjasama atau MoU dengan jejaring mitra lembaga pendidikan untuk menjalin penelitian bersama tentang kesehatan jiwa.
- Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa diupayakan dengan menyusun pedoman yang jelas untuk mahasiswa praktikan di masa pandemic covid-19 sehingga tercipta rasa aman bagi semua praktikan dan seluruh pegawai/pasien yang terlibat. Penerimaan mahasiswa praktikan disesuaikan dengan perkembangan kondisi pembatasan mobilisasi masyarakat yang ditetapkan pemerintah. Pembelajaran dan pelatihan diupayakan sebisa mungkin dalam bentuk daring.

Pada akhir tahun 2021 didapatkan hasil yang perlu ditindaklanjuti antara lain :

- Melaksanakan pendekatan kepada sasaran layanan promotive dan preventif antara lain adalah lansia, anak remaja serta rehabilitasi penyalahgunaan Napza melalui survey-survey deteksi dini melalui media online/virtual. Memperluas target pasar layanan promotif dan preventif dengan pemetaan pemasaran yang jelas. Serta meningkatkan kualitas pelayanan khususnya ruang konseling dengan ketresiaan ruang yang nyaman dan fasilitas minuman.
- Pemantapan kemasana wisata jiwa psikogeriatri dalam bentuk hospital tourism sebagai salah satu destinasi kunjungan wisata internasional. Serta mendorong tim marketing RSJRW untuk mencari target pasar yang baru.
- Upaya promosi layanan subspecialistik melalui media social yang ditujukan kepada sasaran-sasaran yang potensial tetap dijalankan dengan mempergunakan cara-cara baru dan sesuai tatanan baru yaitu dengan mengoptimalkan program layanan konsultasi secara virtual (*telemedicine*), mengoptimalkan pendaftaran online, resevasi jam pelayanan dokter, dan pengantaran obat.

- Penyiapan tempat rawat inap jiwa dengan mempertimbangkan adanya kemungkinan pasien jiwa yang terpapar covid-19, penyiapan skrining pasien jiwa dengan tanda gejala covid-19 dan penanganannya di IGD khusus covid, kecukupan APD dan penunjang lainnya, target vaksinasi covid-19 untuk seluruh tenaga Kesehatan, menjadi factor kesiapan RS untuk kembali meningkatkan kunjungan pasien antara lain dengan menjalin Kerjasama intens dengan pihak-pihak terkait seperti dinas/panti sosial.
- Melakukan komunikasi tindak lanjut dengan investor pengelola wisata telaga yang sudah berproses pada tahun 2021 untuk bisa melaksanakan tindak lanjut pengelolaan wisata telaga bila aturan pembatasan mobilisasi masa telah diperlonggar. Selain itu juga melakukan kajian lebih lanjut atas potensi pemanfaatan asset untuk pertanian/perkebunan yang sudah dilakukan (pohon kayu tahun/jagung/dll) dengan evaluasi nilai sewa sesuai dengan harga saat ini, dan tanaman lain (jahe merah, serai, kunyit) yang memiliki prospek pengelolaan kerjasama yang bagus.
- Penataan kembali asrama tempat tinggal mahasiswa praktikan sehingga akan memenuhi kaidah protokol kesehatan, menyusun standar protokol kesehatan yang harus dipenuhi oleh mahasiswa praktikan bila akan melakukan praktek lapangan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Diharapkan dengan hal tersebut akan mengakomodir protokol kesehatan baik pada saat praktek maupun pada saat istirahat di asrama.
- Target vaksinasi seluruh tenaga kesehatan di RS menjadi salah satu fokus perhatian RS untuk menjaga derajat kesehatan pegawai. Selain itu tetap dilaksanakan pemantauan kepatuhan terhadap protokol Kesehatan baik di tempat kerja maupun di lingkungan tempat tinggal. Pertolongan kepada pegawai yang sedang terkonfirmasi covid-19 baik dalam penyediaan pertolongan medis maupun dalam bentuk fasilitas isolasi mandiri bagi yang membutuhkan, pengaturan antar jemput pegawai untuk meminimalkan kontak di kendaraan umum, manajemen SDM berupa karantina terpusat, maupun karantina mandiri.

Hasil capaian kinerja merupakan pencapaian selama tahun 2021 berdasarkan target yang telah ditentukan, capaian kinerja tahun 2021 antara lain sebagai berikut :

- 20 indikator IKU RSB tercapai antara lain Tingkat kepuasan pasien dan Masyarakat, Kecepatan respon terhadap komplain, Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup, Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri, Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa, Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan, Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri, Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada *service excellent*, Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa, Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kerja, Tercapainya indikator mutu unit kerja,

- Terakreditasi International, Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT, OEE (Overall Equipment Effectivitness), Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan, Persentase kompetensi pegawai sesuai standar, Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar, Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal, Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%, dan Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional > 45%.
- 3 indikator IKU RSB tidak tercapai antara lain Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan, Publikasi penelitian Nasional dan Internasional, Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa.
 - Tingkat Kesehatan BLU tahun 2021 berdasarkan Perdirjen PB No. 24 Tahun 2018 tercapai **82,82 (kategori BAIK AA)** dengan rincian aspek keuangan tercapai 23,10 dan aspek pelayanan tercapai 59,72.
 - Pencapaian IKT Tw 4 tahun 2021 dengan nilai 105,52 (IKI Direktur Utama = 1,6)
 - Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2021 adalah sebesar **Rp 85.132.609.033** atau mencapai 113,99% dari estimasi pendapatan yang ditetapkan sebesar Rp **74.681.531.000**
 - Realisasi Belanja TA 2021 hingga bulan Desember adalah sebesar **Rp 135.455.074.045** atau 88,01% dari anggaran belanja sebesar **Rp 153.908.914.000**.
 - Upaya meraih WBK dan WBBM antara lain : Melakukan pengelolaan gratifikasi, melakukan Penanganan Pengaduan, dilakukan audit oleh SPI dan Kantor Akuntan Publik (KAP)
 - Program unggulan pelayanan medis adalah Pelayanan Subspesialistik untuk meningkatkan kualitas hidup di seluruh rentang usia, terutama dalam hal Pelayanan Psikogeriatri. Konsep pelayanan ini dibangun untuk dapat mengakomodir kebutuhan kesehatan pasien geriatri secara paripurna, baik dari sisi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan-pelayanan dengan mengarah ke wellness juga menjadi salah satu sasaran pengembangan di Rumah Sakit.

Atas capaian kinerja tahun 2021 telah dilaksanakan evaluasi dan rencana tindak lanjut sebagai tolak ukur langkah pada tahun 2021. Untuk mewujudkan pelayanan prima dan kepuasan pelanggan telah dilaksanakan survei kepuasan pelanggan IKM dengan nilai 86,60% (**kategori BAIK**).

Dan penanganan komplain pelanggan berjalan sangat responsif dan efektif. Hal ini tidak terlepas dari fungsi koordinasi yang baik antara unit pelayanan dengan manajemen dalam merespon setiap keluhan pelanggan dengan tepat. Selain itu peningkatan fasilitas sarana prasarana tempat komplain pelanggan terus dilakukan peningkatan untuk kenyamanan pelanggan, sehingga yang menyampaikan komplain dapat menyampaikan keluhannya secara

representatif, nyaman, dan privasinya terlindungi. Selain itu budaya kinerja harus tetap dipertahankan dan lebih ditingkatkan lagi untuk mempertahankan AKREDITASI Internasional.



BAB I PENDAHULUAN



1.1 Penjelasan Umum Organisasi

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah ditetapkan sebagai instansi PPK BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/MenKes/SK/VI/2007 dan Surat Keputusan Menteri Keuangan No.284/KMK.05/2007. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Salah satu persyaratan administratifnya adalah kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan.

Peningkatan kinerja pelayanan juga dipersyaratkan untuk memenuhi azas kepastian hukum, tertib penyelenggaraan negara, kepentingan umum, keterbukaan, proporsionalitas, dan akuntabilitas yang diwujudkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja tahun 2020 mengacu kepada Rencana Strategis Bisnis (RSB 2020-2024). Azas akuntabilitas adalah azas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi organisasi harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan petunjuk teknis penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja.

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

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

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

1. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis dengan kekhususan di bidang penyakit jiwa;



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

Dengan tersusunnya Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, bagi organisasi akan diperoleh beberapa manfaat :

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

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

1. UU No. 28 Th 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme;
2. Inpres No. 7 Th 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Peraturan Menteri PAN dan RB No. 29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
4. Peraturan Menteri PAN dan RB No. 35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
5. Peraturan Menkes RI No. 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan

Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.

6. Peraturan MenPAN dan RB No. 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. Surat Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor PR.05.01/I.1/351/2022 tanggal 13 Januari 2021 tentang Penyusunan Laporan Kinerja Satuan Kerja TA 2021 dan Perjanjian Kinerja Satuan Kerja TA 2022.

Maksud penyusunan laporan adalah agar diperoleh data dan bahan informasi penilaian atas pencapaian kinerja organisasi yang disajikan dalam bentuk analisis capaian kinerja dari masing-masing direktorat sesuai dengan pernyataan penetapan kinerja. Penyusunan dan penyampaian Penetapan Kinerja, serta Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2021 juga dimaksudkan agar sesuai peraturan perundang-undangan dan disampaikan tepat waktu.

Tujuan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja adalah:

1. Untuk mengetahui capaian kinerja sesuai dengan indikator program yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis / RSB tahun 2020-2024 dan RBA tahun 2021.
2. Untuk mengetahui keberhasilan program yang telah ditetapkan
3. Untuk mengetahui beberapa hambatan dan kegagalan dalam mencapai target yang telah ditetapkan
4. Untuk menentukan langkah terobosan dan tindak lanjut penyelesaian masalah.
5. Untuk mewujudkan pelayanan prima, kepuasan pelanggan dan perbaikan yang berkesinambungan sesuai dengan visi dan misi organisasi.

1.2 Permasalahan Utama (*Strategic Issued*)

Beberapa permasalahan dan hambatan yang dihadapi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat pada tahun 2021, antara lain :

a. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang

- 1) Indikator Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup ini terdapat hambatan : promosi layanan tidak dapat berjalan secara optimal, adanya kebijakan PSBB yang berdampak pada mobilitas penduduk, upaya untuk membuka inovasi layanan berupa telemedicine belum berjalan secara optimal.
- 2) Terdapat hambatan dalam indikator pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri yang disebabkan : Jejaring rujukan pasien dari dinas sosial geriatri terhenti, akibat kebijakan di masa pandemi covid 19, Kondisi pandemi membuat keluarga Lansia enggan untuk berkunjung ke RS kecuali sangat membutuhkan, perubahan lokasi pelayanan psikogeriatri, kurang akomodatif untuk pasien lansia, karena terletak di lantai 2 (meskipun ada lift) dan akses yang menjadi satu dengan pasien jiwa dewasa.

- 3) Terdapat hambatan dalam indikator Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan yang disebabkan : Kondisi pandemi yang berdampak adanya pelarangan dan pembatasan kegiatan berkumpul, khususnya pada warga lansia, konsentrasi SDM dan sarana pendukung yang difokuskan pada pogram penanganan pandemi covid 19, tidak ada inovasi yang dibuat untuk mengupayakan program ini tetap bisa berjalan di masa pandemi.
- 4) Terdapat hambatan pada Indikator tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu, karena RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang belum ada konsep dan pedoman terkait program pengampuan.
- 5) Terdapat hambatan pada Indikator terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa. Program ini tidak tercapai, karena kondisi pandemi yang berdampak pada berkurangnya rujukan pasien dari jejaring rujukan, pembatasan mobilitas pasien, kurangnya kepercayaan masyarakat bahwa berkunjung ke rumah sakit masih aman terhadap kesehatan. Inovasi yang dibuat belum sepenuhnya menyentuh semua lapisan konsumen, sebagai contoh pelayanan telemedicine baru bisa dimanfaatkan oleh pasien dengan pembiayaan umum, yang dalam hal ini proporsinya tidak banyak.
- 6) Penerapan penyelenggaraan layanan kesehatan jiwa berbasis *safe wards* dan *WHO Quality Right* tidak bisa diterapkan kepada seluruh pasien secara utuh, pasien dengan gangguan kognitif berat sulit untuk memberikan *feedback*.

b. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan BMN

- 1) Tercapainya indikator mutu unit kerja minimal 90% terkendala dengan adanya kondisi internal dan eksternal yang kurang mendukung antara lain penurunan konsentrasi SDM terhadap indikator mutu karena teralihkan dengan penanganan covid-19, berkurangnya SDM pelaku penentu indikator mutu karena terpapar covid-19 dan harus menjalani isoman, prosedur mutu terkait waktu pelayanan/waktu rawat inap yang dipengaruhi aturan mobilisasi masyarakat, dll
- 2) Adanya hambatan pada capaian indikator terwujudnya pertumbuhan pendapatan >10%. Karena sektor pendapatan utama BLU dari penambahan kunjungan pasien rawat inap maupun rawat jalan jauh dari target, hal ini sebagai dampak adanya pandemi Covid 19. Sehingga hampir seluruh masyarakat / pasien membatasi diri untuk pergi memeriksakan diri ke rumah sakit kecuali dalam kondisi yang benar-benar gawat darurat. Sementara pendapatan dari sektor pendidikan dan pelatihan juga tidak memberikan hasil seperti yang diharapkan karena seluruh mahasiswa praktikan telah dirumahkan dan ditiadakan praktek lapangan oleh mitra institusi. Pendapatan dari sektor umum belum mampu mendongkrak pendapatan secara

umum. Pada tahun 2021 terdapat klaim covid yang nilainya mengangakat realisasi pendapatan, sehingga secara target pendapatan tercapai tetapi dari sisi target pendapatan murni dari pelayanan tidak tercapai.

- 3) Adanya hambatan pada capaian indikator rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$, karena pengeluaran belanja anggaran lebih besar dibandingkan dengan periode sebelumnya yang disebabkan karena kebutuhan mendesak terkait penatalaksanaan pencegahan penyebaran Covid-19. Terdapat capaian pembayaran piutang pada akhir bulan Desember yang menyebabkan tercapainya rasio pendapatan dibandingkan biaya operasional.

c. Direktorat SDM, Pendidikan, dan Umum

- 1) Adanya hambatan pada Indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jwa, hal ini dikarenakan adanya kebijakan penundaan kepaniteraan klinik secara offline oleh semua institusi pendidikan disebabkan adanya pandemi covid 19 sehingga pelaksanaan kepaniteraan klinik secara daring. Hal ini berimbas pada jumlah mahasiswa institusi pendidikan kedokteran yang melaksanakan pembelajaran daring terbatas serta mahasiswa keperawatan dan non medis belum ada yang melaksanakan praktek klinik.
- 2) Adanya hambatan pada capaian Indikator OEE (*Overall Equipment Effectiveness*). Perhitungan OEE tersebut tidak terpenuhi karena adanya covid-19 yang berakibat jumlah pasien rawat inap turun dan terkendala pemeliharaan alat/pengadaan sparepart alat yang dibutuhkan memerlukan waktu dan prioritas.
- 3) Adanya hambatan pada indikator Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional yang dilakukan pegawai yang sedang menempuh Tugas Belajar (TUBEL) maupun Ijin Belajar (IBEL) tidak mensyaratkan untuk dipublikasikan dalam jurnal. Selain itu belum teridentifikasinya masalah yang dapat dijadikan judul penelitian oleh pegawai di rumah sakit. Dan belum adanya penghitungan pemberian reward bagi peneliti.

1.3 Kondisi Badan Layanan Umum Tahun 2021

1.3.1 Kelembagaan

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

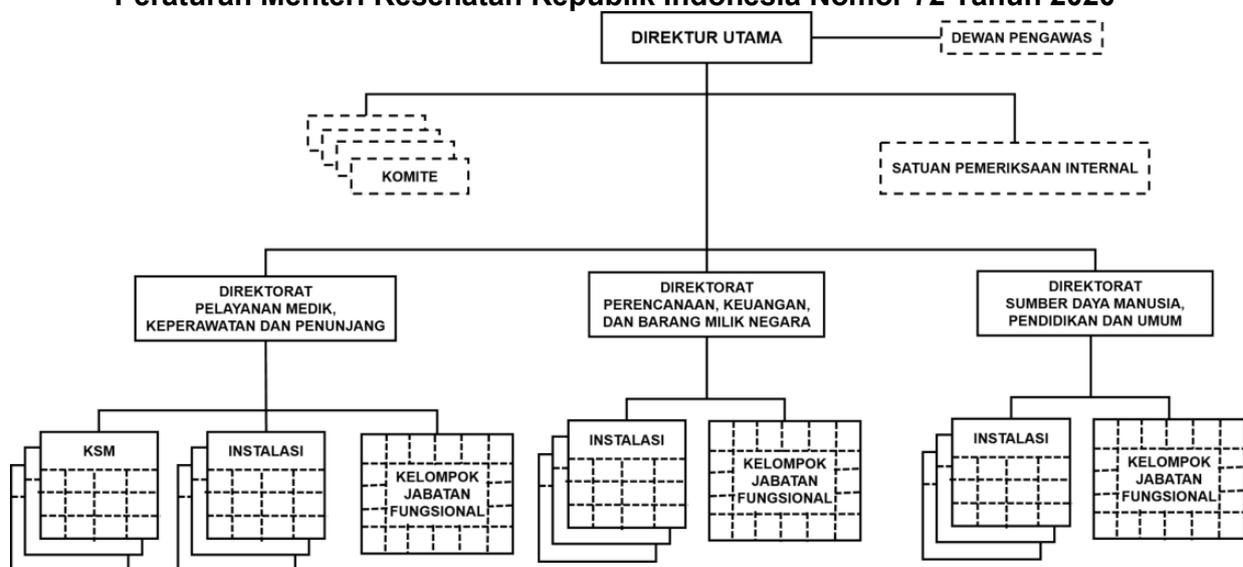
Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan kekhususan pelayanan kesehatan di bidang penyakit jiwa.

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

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

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2020 tanggal 28 Oktober 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang ditetapkan bahwa struktur organisasi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai berikut:

Gambar 1.1 Struktur Organisasi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2020



RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dipimpin oleh satu orang Direktur Utama, dan susunan organisasi terdiri dari 3 (tiga) Direktorat, yaitu: Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang; Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Barang Milik Negara; serta Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Umum. Adapun susunannya adalah sebagai berikut:

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

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

1.3.2 Sumber Daya Manusia

Keadaan Sumber Daya Manusia RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah mengalami beberapa perkembangan organisasi sesuai kebutuhan dan peraturan yang berlaku. Gambaran selengkapnya keadaan ketenagaan pada tahun 2021 dapat digambarkan sebagai berikut :

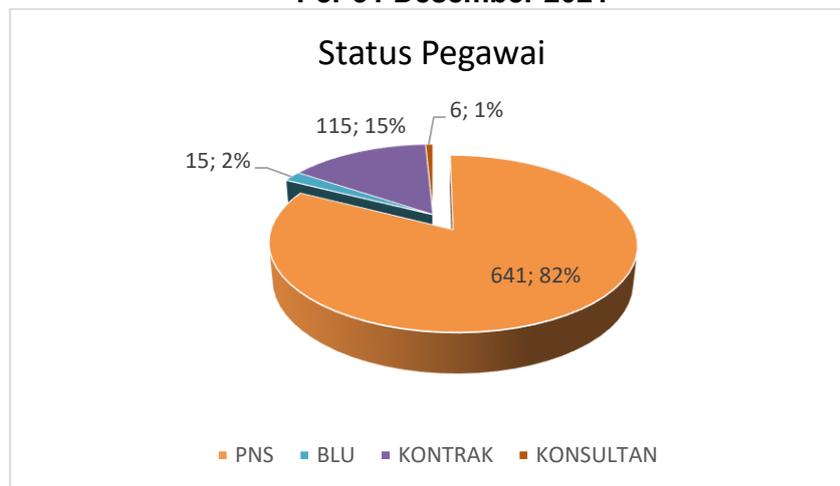
Tabel 1.1 Jumlah Pegawai berdasarkan Jenis Ketenagaan Per 31 Desember 2021

NO	JENIS KETENAGAAN	PNS		NON PNS						TOTAL
				BLU		KONTRAK		KONSULTAN		
		L	P	L	P	L	P	L	P	
1	STRUKTURAL	0	3	0	0	0	0	0	0	3
2	MEDIS	14	31	1	1	1	4	3	2	57
3	PARAMEDIS	165	182	6	4	32	16	0	0	405
4	PENUNJANG	36	85	1	2	8	5	0	0	137
5	ADMINISTRASI	80	45	0	0	33	16	1	0	175
JUMLAH		295	346	8	7	74	41	4	2	777

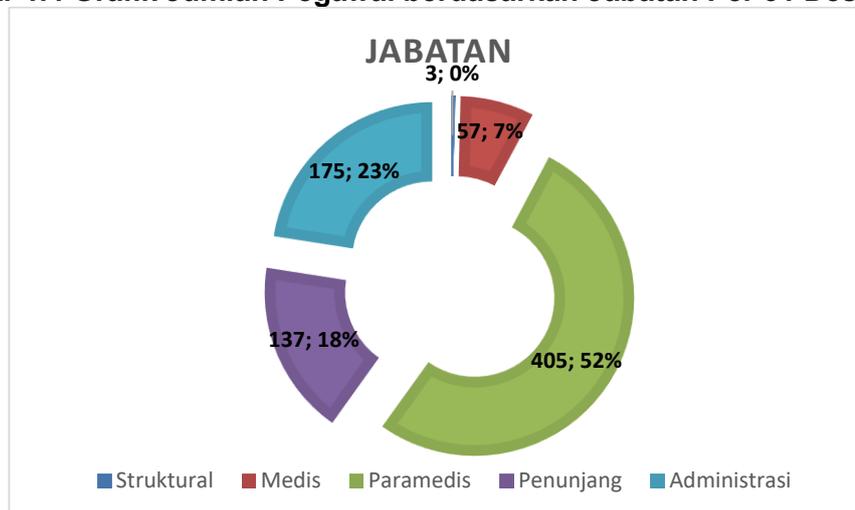
Gambar 1.2 Grafik Jumlah Pegawai berdasarkan Jenis Kelamin Per 31 Desember 2021



Gambar 1.3 Grafik Jumlah Pegawai berdasarkan Status Pegawai Per 31 Desember 2021



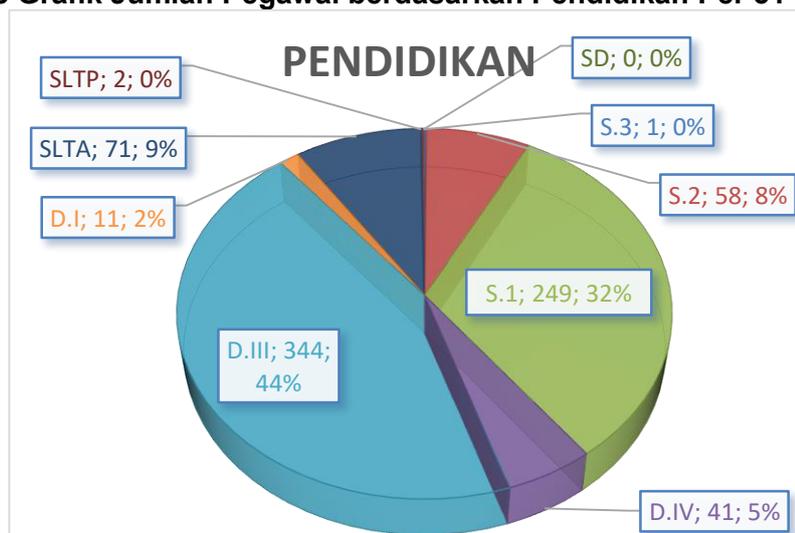
Gambar 1.4 Grafik Jumlah Pegawai berdasarkan Jabatan Per 31 Desember 2021



Tabel 1.2 Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan Per 31 Desember 2021

No	Jenjang Pendidikan	PNS	BLU	NON PNS	KONSULTAN	TOTAL
1	S.3	1	0	0	0	1
2	S.2	52	1	0	5	58
3	S.1	218	1	13	1	249
4	D.IV	40	0	0	0	41
5	D.III	264	13	44	0	344
6	D.I	11	0	0	0	11
7	SLTA	53	0	17	0	71
8	SLTP	2	0	0	0	2
9	SD	0	0	0	0	0
		641	15	115	6	777

Gambar 1.5 Grafik Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan Per 31 Desember 2021



1.3.3 Sarana Prasarana

Tabel 1.3 Laporan Barang Kuasa Pengguna Tahunan Intrakomptabel Rincian Per Kelompok Barang Tahun Anggaran 2021

AKUN NERACA/ KELOMPOK BARANG		SAT	SALDO PER 1 JANUARI 2021		MUTASI				SALDO PER 31 DESEMBER 2021	
KO DE	URAIAN		KUANTI TAS	NILAI	BERTAMBAH		BERKURANG		KUANTITA S	NILAI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
131 111	TANAH		2.993.440	526.493.393.000	0	0	0	0	2.993.440	526.493.393.000
2.01 .01	TANAH PERSIL	M2	425.650	389.801.703.000	-	-	-	-	425.650	389.801.703.000
2.01 .02	TANAH NON PERSIL		2.567.790	136.691.690.000	-	-	-	-	2.567.790	136.691.690.000
132 111	PERALATA N DAN MESIN		15.073	112.374.015.225	347	2.855.501.083	13	45.780.735	15.407	115.183.735.573
3.01 .03	ALAT BANTU		55	3.799.656.506	4	8.960.600	-	-	59	3.808.617.106
3.02 .01	ALAT ANGKUTAN DARAT BERMOTOR	Unit	48	7.354.561.875	-	-	-	-	48	7.354.561.875
3.02 .02	ALAT ANGKUTAN DARAT TAK BERMOTOR	Unit	67	276.918.815	-	-	-	-	67	276.918.815
3.03 .01	ALAT BENGKEL BERMESIN	Buah	75	169.530.125	1	1.629.100	-	-	76	171.159.225
3.03 .02	ALAT BENGKEL TAK BERMESIN	Buah	53	110.263.845	5	8.583.894	-	-	58	118.847.739
3.03 .03	ALAT UKUR	Buah	73	148.352.430	2	2.618.000	-	-	75	150.970.430
3.04 .01	ALAT PENGOLAHA N	Buah	11	565.658.010	-	-	-	-	11	565.658.010
3.05 .01	ALAT KANTOR		2.220	7.693.940.900	26	150.462.800	-	-	2.246	7.844.403.700
3.05 .02	ALAT RUMAH TANGGA		8.335	24.957.925.163	150	512.955.507	-	-	8.485	25.470.880.670
3.06 .01	ALAT STUDIO	Buah	462	2.299.008.732	18	99.292.650	-	-	480	2.398.301.382

3.06.02	ALAT KOMUNIKASI	Buah	71	648.102.950	9	63.299.500	-	-	80	711.402.450
3.06.03	PERALATAN PEMANCAR	Buah	11	1.502.299.550	-	-	-	-	11	1.502.299.550
3.07.01	ALAT KEDOKTERAN		1.490	44.018.677.659	33	1.150.309.729	-	-	1.523	45.168.987.388
3.07.02	ALAT KESEHATAN UMUM		184	2.744.160.143	32	285.056.043	13	45.780.735	203	2.983.435.451
3.08.01	UNIT ALAT LABORATORIUM	Buah	390	5.029.316.834	2	142.769.000	-	-	392	5.172.085.834
3.08.02	UNIT ALAT LABORATORIUM KIMIA NUKLIR	Buah	30	127.899.500	-	-	-	-	30	127.899.500
3.08.03	ALAT LABORATORIUM FISIKA NUKLIR/ELEKTRONIKA	Buah	23	32.100.000	-	-	-	-	23	32.100.000
3.08.04	ALAT PROTEKSI RADIASI/PROTEKSI LINGKUNGAN	Buah	1	20.319.200	-	-	-	-	1	20.319.200
3.08.05	RADIATION APPLICATION & NON DESTRUCTIVE TESTING LABORATORY	Buah	3	13.420.000	-	-	-	-	3	13.420.000
3.08.06	ALAT LABORATORIUM LINGKUNGAN HIDUP		8	1.286.054.000	-	-	-	-	8	1.286.054.000
3.08.07	PERALATAN LABORATORIUM HYDRODINAMICA	Buah	2	15.109.760	-	-	-	-	2	15.109.760
3.08.08	ALAT LABORATORIUM STANDARISASI KALIBRASI & INSTRUMENTASI	Buah	19	1.868.364.736	-	-	-	-	19	1.868.364.736
3.10.01	KOMPUTER UNIT	Buah	542	4.641.816.667	24	236.946.000	-	-	566	4.878.762.667
3.10.02	PERALATAN KOMPUTER		578	2.027.556.227	41	192.618.260	-	-	619	2.220.174.487
3.11.02	ALAT EKSPLORASI GEOFISIKA	Buah	32	35.050.000	-	-	-	-	32	35.050.000
3.15.02	ALAT PELINDUNG		13	22.450.000	-	-	-	-	13	22.450.000
3.15.03	ALAT SAR	Buah	6	21.377.900	-	-	-	-	6	21.377.900
3.15.04	ALAT KERJA PENERBANGAN	Buah	19	142.185.000	-	-	-	-	19	142.185.000
3.16.01	ALAT PERAGA PELATIHAN DAN PERCONTOHAN		18	135.212.000	-	-	-	-	18	135.212.000
3.17.01	UNIT PERALATAN PROSES/PRODUKSI	Buah	55	76.010.000	-	-	-	-	55	76.010.000
3.19.01	PERALATAN OLAH RAGA	Buah	179	590.716.698	-	-	-	-	179	590.716.698
133.111	GEDUNG DAN BANGUNAN		228	154.698.143.438	4	13.074.076.788	2	5.069.017.340	230	162.703.202.886

4.01.01	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT KERJA	Unit	170	119.034.922.797	4	13.064.478.894	2	5.069.017.340	172	127.030.384.351
4.01.02	BANGUNAN GEDUNG TEMPAT TINGGAL		47	17.798.603.748	-	-	-	-	47	17.798.603.748
4.04.01	TUGU/TANDA BATAS	Unit	11	17.864.616.893	-	9.597.894	-	-	11	17.874.214.787
134.111	JALAN DAN JEMBATAN		1.941	5.478.091.008	148	779.071.210	-	-	2.089	6.257.162.218
5.01.01	JALAN	M2	1.491	4.624.964.008	-	-	-	-	1.491	4.624.964.008
5.01.02	JEMBATAN	M2	450	853.127.000	148	779.071.210	-	-	598	1.632.198.210
134.112	IRIGASI		9	3.970.758.248	-	-	-	-	9	3.970.758.248
5.02.02	BANGUNAN PENGAIRAN PASANG SURUT	Unit	2	2.585.123.650	-	-	-	-	2	2.585.123.650
5.02.05	BANGUNAN PENGEMBA NGAN SUMBER AIR DAN AIR TANAH		2	59.809.598	-	-	-	-	2	59.809.598
5.02.06	BANGUNAN AIR BERSIH/AIR BAKU	Unit	5	1.325.825.000	-	-	-	-	5	1.325.825.000
134.113	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
135.121	ASET TETAP LAINNYA		950	667.222.955	1	99.803.000	-	-	951	767.025.955
6.01.01	BAHAN PERPUSTAKAAN TERCETAK	Buah	902	251.313.000	1	99.803.000	-	-	903	351.116.000
6.02.01	BARANG BERCORAK KESENIAN		47	30.349.000	-	-	-	-	47	30.349.000
6.02.02	ALAT BERCORAK KEBUDAYAAN	Buah	1	385.560.955	-	-	-	-	1	385.560.955
166.112	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 KEDOKTERA N	Buah	5	48.000	-	-	-	5	48.000
3.08 .01	UNIT ALAT LABORATOR IUM	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				806.715.146.840		16.808.452.081		5.114.798.075	818.408.800.846

**Tabel 1.4 Laporan Posisi Barang Milik Negara Di Neraca Tahun 2021
(Menurut SIMAK BMN - Per tanggal 31 Desember 2021)**

AKUN NERACA		JUMLAH
KODE	URAIAN	
1	2	3
117111	Barang Konsumsi	391.941.349
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	82.788.342
117131	Bahan Baku	4.619.450
117191	Persediaan untuk tujuan strategis/berjaga - jaga	-
117199	Persediaan Lainnya	7.508.688.718
131111	Tanah	526.493.393.000
132111	Peralatan dan Mesin	115.183.735.573
133111	Gedung dan Bangunan	162.703.202.886
134111	Jalan dan Jembatan	6.257.162.218
134112	Irigasi	3.970.758.248
134113	Jaringan	3.023.320.966
135121	Aset Tetap Lainnya	767.025.955
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	6.636.757.230
137111	Akumulasi Penyusutan Peralatan dan Mesin	(97.481.093.942)
137211	Akumulasi Penyusutan Gedung dan Bangunan	(24.223.195.042)
137311	Akumulasi Penyusutan Jalan dan Jembatan	(2.739.024.747)
137312	Akumulasi Penyusutan Irigasi	(537.433.914)
137313	Akumulasi Penyusutan Jaringan	(1.525.000.231)
137411	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap Lainnya	(20.899.000)
162151	Software	662.372.000
162311	Aset Tak Berwujud Dalam Pengerjaan	-
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	10.202.000
169122	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi	(10.202.000)
169315	Akumulasi Amortisasi software	(505.017.563)
J U M L A H		706.654.101.496

AKUN NERACA		JUMLAH		
KODE	URAIAN	NILAI BMN	AKM. PENYUSUTAN	NILAI NETTO
1	2	3	4	5
117111	Barang Konsumsi	391.941.349	-	391.941.349
117113	Bahan untuk Pemeliharaan	82.788.342	-	82.788.342
117131	Bahan Baku	4.619.450	-	4.619.450
117191	Persediaan untuk tujuan strategis/berjaga - jaga	-	-	-
117199	Persediaan Lainnya	7.508.688.718	-	7.508.688.718
131111	Tanah	526.493.393.000	-	526.493.393.000
132111	Peralatan dan Mesin	115.183.735.573	97.481.093.942	17.702.641.631
133111	Gedung dan Bangunan	162.703.202.886	24.223.195.042	138.480.007.844
134111	Jalan dan Jembatan	6.257.162.218	2.739.024.747	3.518.137.471
134112	Irigasi	3.970.758.248	537.433.914	3.433.324.334
134113	Jaringan	3.023.320.966	1.525.000.231	1.498.320.735
135121	Aset Tetap Lainnya	767.025.955	20.899.000	746.126.955
136111	Konstruksi Dalam pengerjaan	6.636.757.230	-	6.636.757.230
162151	Software	662.372.000	505.017.563	157.354.437
162311	Aset Tak Berwujud Dalam Pengerjaan	-	-	-
166112	Aset Tetap yang tidak digunakan dalam operasi pemerintahan	10.202.000	10.202.000	-
J U M L A H		833.695.967.935	127.041.866.439	706.654.101.496

1.3.4 Dana

Pada bagian ini membahas sumber dana baik yang berasal dari rupiah murni, Alokasi Anggaran APBN (RM dan BLU) sesuai dengan DIPA untuk kegiatan Tahun 2021 adalah sebagai berikut :

Tabel 1.5 Realisasi Anggaran RM

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - VII	REALISASI	%
1	2	3	4	5
RM				
024.04.WA	Program Dukungan Manajemen			
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan			
4813.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	3.982.923.000	3.742.123.795	93,95%
4813.CCB.001	Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU	3.982.923.000	3.742.123.795	93,95%
181	Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU	3.982.923.000	3.742.123.795	93,95%
521811	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi	1.000.800.000	966.315.090	96,55%
521115	Belanja Honor Operasional Satuan Kerja	280.550.000	201.256.000	71,74%

523121	Belanja Biaya Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	1.299.025.000	1.281.510.376	98,65%
523123	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	777.305.000	699.571.524	90,00%
523191	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Lainnya	625.243.000	593.470.805	94,92%
4813.EAA	Layanan Perkantoran	57.418.025.000	56.035.673.193	188,90%
4813.EAA.001	Layanan Gaji dan Tunjangan	46.679.017.000	46.431.525.497	99,47%
001	Gaji dan Tunjangan	46.679.017.000	46.431.525.497	99,47%
A	Tanpa Sub Komponen	46.679.017.000	46.431.525.497	99,47%
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	31.929.800.000	31.803.866.200	99,61%
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	617.000	499.044	80,88%
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.235.180.000	2.235.081.190	100,00%
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	620.058.000	619.967.078	99,99%
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	317.103.000	308.420.000	97,26%
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.951.825.000	3.949.364.000	99,94%
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	148.764.000	147.897.025	99,42%
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.715.600.000	1.715.484.960	99,99%
511129	Belanja Uang Makan PNS	5.076.301.000	5.043.835.000	99,36%
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	69.000.000	69.000.000	100,00%
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	314.769.000	307.465.000	97,68%
512211	Belanja uang lembur	300.000.000	230.646.000	76,88%
4813.EAA.002	Layanan Operasional Perkantoran	10.739.008.000	9.604.147.696	89,43%
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	10.739.008.000	9.604.147.696	89,43%
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	7.257.511.000	6.797.478.672	93,66%
521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1.821.094.000	1.289.503.530	70,81%
521114	Belanja pengiriman surat dinas pos pusat	15.530.000	12.908.300	83,12%
522111	Belanja Langganan Listrik	1.195.624.000	1.151.621.496	96,32%
522112	Belanja Langganan Telepon	44.252.000	38.445.644	86,88%
522113	Belanja Langganan Air	45.258.000	42.112.300	93,05%
522119	Belanja Langganan Daya dan Jasa Lainnya	359.739.000	272.077.754	75,63%
4813.EAD	Layanan Sarana Internal	2.485.756.000	2.483.442.216	99,91%
4813.EAD.002	Gedung perkantoran UPT Vertikal Ditjen Yankes	2.485.756.000	2.483.442.216	99,91%
181	Jumlah Gedung Perkantoran UPT Vertikal Yang Dibangun dan Direnovasi	2.485.756.000	2.483.442.216	99,91%
523111	Belanja Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	2.485.756.000	2.483.442.216	99,91%
4813.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	5.000.000.000	4.982.298.310	99,65%
4813.CAB.003	Obat-Obatan dan BMHP	5.000.000.000	4.982.298.310	99,65%
181	Pengadaan Obat-obatan dan BMHP	5.000.000.000	4.982.298.310	99,65%
521832	Belanja Barang Persediaan Lainnya	5.000.000.000	4.982.298.310	99,65%
	Jumlah	68.886.704.000	67.243.537.514	97,61%

Tabel 1.6 Realisasi Anggaran BLU

KODE	URAIAN	PAGU TERAKHIR REVISI - VII	REALISASI	%
1	2	3	3	3
BLU				
024.04.DG	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN			
6388	Dukungan Pelayanan kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes			
6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	2.133.561.000	1.053.488.068	49,38%
6388.CAB.002	Alat Kesehatan	2.133.561.000	1.053.488.068	49,38%
181	Pengadaan Alat Kesehatan di Lingkup UPT Vertikal	2.133.561.000	1.053.488.068	49,38%
537112-CAB	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	2.133.561.000	1.053.488.068	49,38%
6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	6.460.772.000	4.672.330.364	72,32%
6388.CAB.003	Obat-Obatan dan BMHP	6.460.772.000	4.672.330.364	72,32%
181	Pengadaan Obat-obatan dan BMHP	6.460.772.000	4.672.330.364	72,32%
525129	Belanja Barang Persediaan Lainnya - BLU	4.410.752.000	3.088.254.367	70,02%
525153	Belanja Barang Persediaan BLU - Penanganan Pandemi COVID-19	2.050.020.000	1.584.075.997	77,27%
6388.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	26.541.060.000	18.544.307.692	69,87%
6388.CCB.001	Operasional dan pemeliharaan UPT BLU	26.541.060.000	18.544.307.692	69,87%
181	Operasional dan pemeliharaan UPT BLU	26.541.060.000	18.544.307.692	69,87%
525113	Beban Jasa	7.117.991.000	6.505.887.043	91,40%
525114	Beban Pemeliharaan	2.221.749.000	1.610.310.991	72,48%
525119	Beban Penyedia Barang dan Jasa BLU Lainnya	14.221.426.000	8.748.823.298	61,52%
525121	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	2.124.130.000	1.435.656.378	67,59%
525115	Belanja Perjalanan	855.764.000	243.629.982	28,47%
6388.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	599.997.000	241.290.500	40,22%
6388.CCB.001	Operasional dan pemeliharaan UPT BLU	599.997.000	241.290.500	40,22%
181	Operasional dan pemeliharaan UPT BLU	599.997.000	241.290.500	40,22%
537115	Belanja Modal Lainnya - BLU	599.997.000	241.290.500	40,22%
6388.EAC	Layanan Umum	37.512.121.000	32.399.411.119	86,37%
6388.EAC.001	Layanan Pembayaran Remunerasi	37.512.121.000	32.399.411.119	86,37%
181	Pembayaran Remunerasi	37.512.121.000	32.399.411.119	86,37%
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan	37.512.121.000	32.399.411.119	86,37%
6388.EAE	Layanan Prasarana Internal	1.645.635.000	1.401.646.296	85,17%
6388.EAE.002	Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai	494.838.000	465.462.660	94,06%
181	Pengadaan Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai UPT Vertikal	494.838.000	465.462.660	94,06%
537112-002	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	494.838.000	465.462.660	94,06%
6388.EAE.003	Peralatan dan Fasilitas Perkantoran UPT Vertikal	1.150.797.000	936.183.636	81,35%

181	Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran UPT Vertikal	1.150.797.000	936.183.636	81,35%
537112-003	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	1.150.797.000	936.183.636	81,35%
6388.EAD	Layanan Sarana Internal	10.129.064.000	9.937.995.697	98,11%
6388.EAD.001	Pembangunan dan Renovasi Gedung di lingkup UPT Vertikal	10.129.064.000	9.937.995.697	98,11%
181	Pembangunan dan Renovasi Gedung	10.129.064.000	9.937.995.697	98,11%
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	10.129.064.000	9.937.995.697	98,11%
		85.022.210.000	68.250.469.736	80,27%
		153.908.914.000	135.494.007.250	88,04%

1.4 SISTEMATIKA LAPORAN

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2021 sebagai berikut :

Kata Pengantar

Daftar Isi

Daftar Tabel

Daftar Gambar

Ikhtisar Eksekutif

Bagian ini berisi rangkuman isi LAK RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2021 berupa tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam renstra dan sejauh mana pencapaiannya selama tahun 2021 berikut Analisis keberhasilan dan kegagalan.

BAB I PENDAHULUAN

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

a. Penjelasan Umum Organisasi

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

b. Permasalahan Utama / *Strategic Issued*

Berisi permasalahan dan kondisi Badan Layanan Umum RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2021.

c. Sistematika Penulisan

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

BAB II PERENCANAAN KINERJA

Dalam bab ini diikhtisarkan beberapa hal penting dalam perencanaan dan perjanjian kinerja tahun 2021, meliputi gambaran singkat sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan sasaran pada tahun 2021, penguraian indikator dan target untuk mengukur kinerja selama tahun 2021.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

a. Capaian Kinerja Organisasi

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

1. Target dan realisasi kinerja tahun 2021
2. Realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2021 dengan tahun 2020
3. Realisasi kinerja tahun 2021 dengan target jangka menengah sesuai RSB 2020-2024
4. Realisasi kinerja tahun 2021 dengan standart nasional
5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan
6. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian

b. Realisasi Anggaran

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen perjanjian kinerja Tahun 2021. Realisasi sesuai dengan Indikator Kinerja kegiatan dan sesuai dengan Mata Anggaran.

BAB IV PENUTUP

Bab ini mengurai kesimpulan umum atas capaian Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2021 dan rencana tindak lanjut serta rekomendasi untuk meningkatkan kinerja tahun berikutnya

LAMPIRAN

Perjanjian Kinerja Tahun 2021

SK Tim LAK RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2021

BAB II

PERENCANAAN KINERJA



2.1 Perencanaan Kinerja

Perencanaan Kinerja merupakan proses penetapan target, indikator kinerja tahunan dan anggaran berdasarkan program, kebijakan serta sasaran sebagaimana telah ditetapkan dalam Rencana Strategis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2021 untuk mencapai visi misi organisasi.

VISI : Tercapainya peningkatan kualitas hidup melalui layanan kesehatan jiwa komprehensif

MISI :

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

Secara singkat dapat digambarkan sasaran strategis dan target kinerja yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 tahun sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020-2024 sebagai berikut :

Tabel 2.1 Indikator Kinerja Utama (IKU) RSJ DR. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020 -2024

No	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Satuan	Target IKU				
				2020	2021	2022	2023	2024
Perspektif Konsumen								
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1. Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	Prosentase	85%	80%	80%	80%	80%
		2. Kecepatan respon terhadap komplain	Prosentase	100%	100%	100%	100%	100%
Perspektif Proses Bisnis								
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang	3. Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik	Prosentase	10%	10%	10%	10%	10%

	berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup						
		4. Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	Prosentase	10%	2%	2%	2%	2%
		5. Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	Prosentase	10%	10%	10%	10%	10%
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6. Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	Jumlah	2	4	6	8	10
		7. Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	Jumlah	1	2	2	2	2
		8. Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	Prosentase	10%	75%	75%	100%	100%
4	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9. Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	Prosentase	40%	50%	60%	75%	85%
		10. Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	Prosentase	30%	25%	50%	75%	100%
5		11. Jumlah inovasi pada	Jumlah	2	6	8	10	12

	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>						
		12. Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	Prosentase	10%	5%	5%	10%	10%
Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi								
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13. Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	Prosentase	70%	75%	80%	85%	90%
		14. Tercapainya indikator mutu unit kerja	Prosentase	90%	90%	95%	100%	100%
		15. Terakreditasi Internasional	Jumlah	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	Re-akreditasi Internasional	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16. Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	Paket	1 Paket	2 Paket	3 Paket	4 Paket	5 Paket
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17. OEE (Overall Equipment Effectiveness)	Prosentase	85%	85%	85%	85%	85%
		18. Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	Prosentase	10%	100%	100%	100%	100%
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19. Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	Prosentase	80%	85%	90%	95%	100%
		20. Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku	Prosentase	70%	75%	80%	85%	90%

		kinerja sesuai standar						
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	21. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal.	Prosentase	-	60%	70%	85%	100%
Perspektif Keuangan								
11	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	22. Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	Prosentase	10%	5%	5%	10%	10%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	23. Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%	Prosentase	\geq 45%				

2.2 Perjanjian Kinerja

Perencanaan kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Rencana kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2021 yang telah ditetapkan sesuai dengan Rencana Strategis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi.

Perencanaan kinerja di bawah ini merupakan dasar bagi kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2021 untuk melaksanakan program atau kegiatan sebagai suatu kinerja aktual. Indikator-indikator, target, dan pagu anggaran RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2021 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja tahun 2021 adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Perjanjian Kinerja Tahun 2021

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif Konsumen				
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	80%
		2	Kecepatan respon terhadap komplain	100%
Perspektif Proses Bisnis				
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang	3	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup.	10%

	berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	4	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	2%
		5	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	10%
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	4
		7	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	2
		8	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	75%
4	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	50%
		10	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	25%
5	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> .	6
		12	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	5%
Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi				
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	75%
		14	Tercapainya indikator mutu unit kerja	90%
		15	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	2 Paket
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	100%
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	85%
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	75%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	21	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%
Perspektif Keuangan				
11	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	22	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%	5%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	23	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional $\geq 45\%$	$\geq 45\%$

No	Kegiatan	Anggaran
1	Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp. 71.275.136.000,-
2	Program Dukungan Manajemen	Rp. 74.681.531.000,-
Total		Rp. 145.956.667.000,-

2.3 Kontrak Kinerja

Kontrak Kinerja antara Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan dengan Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2021 sebagai berikut :

Tabel 2.3 Kontrak Kinerja Tahun 2021

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar				Target 2021			
		TW I	TW II	TW III	TW IV	TW I	TW II	TW III	TW IV
1	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME)	25	50	75	100	75	100	100	100
2	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	100	100	100	100	100	100	100	100
3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis Safewards dan WHO-Quality Right	50%	60%	70%	80%	55%	65%	75%	85%
4	Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2.4 Indikator Kinerja Individu (IKI)

Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2021 sesuai dengan Peraturan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/1/1828/2019 tentang pedoman teknis penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan sebagai berikut :

Tabel 2.4 Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2021

Kategori	No	Judul Indikator	Standart	Bobot
Pelayanan Medis				
Kepatuhan terhadap Standar	1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	5 CP	0,05
	2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05
	3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0,05
	4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤ 1,5 %	0,05

	5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07
Pengendalian Infeksi	6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤ 5%	0,05
	7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04
Capaian Indikator Medik	8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥ 95%	0,07
	9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07
Akreditasi	10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08
Kepuasan Pelanggan (Pasien & Masyarakat)	11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08
Ketepatan Waktu Pelayanan	12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02
	13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤ 60 mnt	0,05
	14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤ 3 Jam/ 180 menit	0,05
	15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05
	16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 mnt	0,05
	17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	80%	0,02
PELAYANAN KEUANGAN				
Keuangan	18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	0,1

2.5 Indikator Kinerja BLU

Target Tingkat Kesehatan Rumah Sakit tahun 2021 sesuai dengan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan nomor PER-24/PB/2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan nomor PER-36/PB/2016 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.5 Indikator Kinerja BLU Tahun 2021 Aspek Keuangan

No	Sub Aspek / Indikator	Skor	Tahun 2021	
			Haper	Nilai Riil
1	Rasio Keuangan	19		
	a. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2,25	240<RK≤300	2,25
	b. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,75	RL > 600	2,75
	c. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Periode</i>)	2,25	PPP < 30	2,25

	d. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2,25	PAT > 20	2,25
	e. Imbalan atas aset Tetap (<i>Return of Fixed Asset</i>)	2,25	ROFA > 6	2,25
	f. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	2,25	ROE > 8	2,25
	g. Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turn over</i>)	2,25	30 < PP ≤ 35	2,25
	h. Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	2,75	PB > 65	2,75
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	11		
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif			
	- Ditandatangani menteri/Pimpinan sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya	0,4	Sebelum 31 Desember tahun sebelumnya	0,4
	- Ditandatangani oleh Pemimpin BLU	0,4	ditandatangani Dirut	0,4
	- Diketahui oleh dewan pengawas atau pejabat yang ditunjuk oleh menteri/pimpinan lembaga jika BLU tidak memiliki dewan pengawas	0,4	Diketahui Dewas	0,4
	- Disetujui dan ditandatangani oleh menteri/pimpinan lembaga.	0,4	Disetujui menteri/pimpinan lembaga	0,4
	- Kesesuaian format dengan PMK No. 92/PMK.05/2011	0,4	Sesuai Format	0,4
	b. Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan			
	- Laporan Keuangan Semester I	0,66	Disampaikan sampai dengan tanggal 15 Juli	0,66
	- Laporan Keuangan Tahunan	0,67	Disampaikan sampai dengan 22 Januari	0,67
	- Laporan Keuangan Tahunan <i>Audited</i>	0,67	Disampaikan sampai dengan batas akhir penyampaian LKKL Audited kepada Menteri Keuangan (sesuai dengan tanggal yang akan ditentukan setiap tahunnya).	0,67
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU			
	- SP3B BLU triwulan I	0,2	Disampaikan sampai akhir tw I	0,2
	- SP3B BLU triwulan II	0,2	Disampaikan sampai akhir tw II	0,2

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

Tabel 2.6 Indikator Kinerja BLU Tahun 2021 Aspek Pelayanan

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

	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	>80	2
	2) Pengembalian rekam medik	2	>80	2
	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	$0 \leq APO \leq 1$	2
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	$0 \leq AKR \leq 1$	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	≥ 90	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	$0 \leq PPL \leq 1$	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	$70 \leq BOR < 80$	1,5
	c. Pertumbuhan Pembelajaran	3		
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1	$\geq 0,80$	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	≥ 75	1
	3) Program reward and punishment	1	ada program sebagian dilaksanakan	1
2	Mutu dan manfaat kepada masyarakat			
	a. Mutu Pelayanan	14		
	1) <i>Emergency Response Time Rate</i>	2	<8 menit	2
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	≤ 30 menit	2
	3) <i>Length of stay</i>	2	$30 \leq LOS < 45$ (Hari)	2
	4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	< 8 menit	2
	5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	< 2 hari	2
	6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	≤ 3 jam	2
	7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	≤ 3 jam	2
	b. Mutu Klinik	12		
	1) Angka Pasien Lari Gawat Darurat (AKG)	2	$\leq 2,5\%$	2
	2) Angka kematian/kebutaan ≥ 48 jam (AKL)	2	$\leq 25\%$	2
	3) Post Operative Death Rate (POD) (ECT)	2	< 2%	2
	4) Angka infeksi nosokomial			
	- Luka fiksasi	1	$AIN \leq 1,5\%$	1
	- Dermatonicosis	1	$AIN \leq 1,5\%$	1
	- Scabies dan Peculosis	1	$AIN \leq 1,5\%$	1
	- Angka Pasien Jatuh Karena Postural Hipotensi (JPH)	1	< 2%	1
	5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	< 1%	2
	c. Kepedulian kepada masyarakat	4		
	1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	1	ada program dilaksanakan	1
	2) Penyuluhan Kesehatan	1	ada program dilaksanakan	1
	3) Rasio tempat tidur kelas III	2	>30%	2
	d. Kepuasan Pelanggan	2		

	1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	>70%	1
	2) Kepuasan Pelanggan	1	100	1
	e. Kepedulian terhadap lingkungan	3		
	1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2	≥ 7500	2
	2) Proper lingkungan	1	Kuning semua	1
	Jumlah skor aspek pelayanan			70
	Jumlah Total			100
	Kriteria			BAIK AAA

2.6 Indikator Mutu Unit Kerja

Tabel 2.7 Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2021

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET
DIREKTORAT MEDIK, PERAWATAN DAN PENUNJANG			
Sub Koordinator Pelayanan Medis	1	Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa	5%
	2	Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%
	3	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	80%
	4	Kegagalan Dropping penderita	$\leq 5\%$
	5	Pengumpulan laporan tepat waktu (tiap tanggal 5)	100%
Sub Koordinator Pelayanan Perawatan	6	Prosentase Kejadian pasien jatuh	$\leq 3\%$
	7	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	$\leq 1,5\%$
	8	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	$\leq 5\%$
	9	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	$\geq 95\%$
	10	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	$\geq 90\%$
	11	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	12	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	≤ 240 menit
	13	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit
	14	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	skor = 2
	15	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	skor = 2
	16	Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	skor = 2

	17	Respon Time Layanan Gawat Darurat / <i>Emergency Respon Time Rate</i>	skor = 2
	18	Angka Pasien Lari Gawat Darurat	skor = 2
	19	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24%
	20	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%
	21	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Inap Tepat Waktu	100%
	22	Monitoring Kegiatan MPP Sesuai Pedoman	100%
	23	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%
	24	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
	25	Reasesmen risiko	100%
	26	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
	27	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5 %
	28	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%
	29	Kejadian Pasien Lari	0
	30	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	31	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut Dalam Waktu ≤ 7 Hari	≥ 85 %
	32	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut	100%
	33	<i>Bed Occupancy Rate</i>	70-80%
	34	Length of Stay (LOS)	< 28 hari
	35	Rasio Tempat Tidur Kelas III	skor = 2
	36	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis <i>Safeward</i> dan WHO	80%
	37	Prosentase notifikasi EWS yang ditindaklanjuti	100%
Klinik Kesehatan Jiwa	38	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	39	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	
	40	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
Klinik Umum	41	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	42	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt
	43	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
Klinik Sub-Spesialistik	44	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	45	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt

	46	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup.	10%
	47	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	48	Pelaksanaan Assesmen Awal Gangguan Pertumbuhan Perkembangan Masa Kanak	100%
	49	Manajemen Risiko Mal Nutrisi Pada Anak	100%
	50	Peningkatan Proporsi Anak Dan Remaja Yang Mengalami Perbaikan Klinis Yang Terukur Selama 1 Bulan	≥80%
Klinik Gigi	51	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	52	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt
	53	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	54	Ketepatan Sisi dalam Tindakan Pencabutan Gigi	100%
	55	Proporsi Kunjungan Promotif Preventif Kesehatan Gigi Dan Mulut	≥ 30%
Klinik Fisioterapi	56	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	57	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt
	58	Penerapan Edukasi Pasien Rehabilitasi Medik	100%
Klinik Psikologi	59	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	60	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	
	61	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	62	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤ 2 Hari	≥ 90 %
	63	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤ 7 Hari	100%
IPCU	64	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%
	65	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	66	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰
	67	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥ 95%
	68	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤ 1,5 %
	69	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%
	70	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%
	71	Reasesmen Risiko	100%
	72	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
	73	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut Dalam Waktu ≤ 7 Hari	≥ 85 %
	74	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5 %

	75	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	76	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
	77	Kejadian Pasien Lari	0%
	78	Prosentase Notifikasi EWS yang Ditindaklanjuti	100%
Ruang Perawatan Fisik dengan Komorbid Jiwa	79	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%
	80	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	81	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰
	82	Infeksi aliran darah perifer	≤ 5%
	83	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	100%
	84	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
	85	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%
	86	Reasesmen Risiko	100%
	87	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%
	88	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5 %
	89	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	90	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
	91	Kejadian Pasien Lari	0%
92	Prosentase Notifikasi EWS yang Ditindaklanjuti	100%	
Ruang Rawat Inap Psikiatri	93	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%
	94	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	95	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰
	96	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
	97	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	100%
	98	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%
	99	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%
	100	Reasesmen Risiko	100%
	101	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	102	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5 %
	103	Kejadian Pasien Lari	0
	104	Prosentase Notifikasi EWS yang Ditindaklanjuti	100%

Ruang Rawat Inap Fisik Non Psikiatri	105	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	
	106	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	
	107	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰	
	108	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤ 5%	
	109	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	
	110	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5%	
	111	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	
	112	Reasesmen Risiko	100%	
	113	Kejadian Reaksi Transfusi	0	
	114	Kejadian Pasien Lari	0	
	115	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	
	116	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	
	117	Prosentase Notifikasi EWS yang Ditindaklanjuti	100%	
	Instalasi Gawat Darurat	118	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
		119	Peningkatan Proporsi Jumlah Pasien Yang Dirujuk Oleh Jejaring Kemitraan	50%
		120	<i>Emergency Psychiatric Response Time</i> (EPRT)	≤ 240 menit
121		Respon Time Layanan Gawat Darurat / <i>Emergency Respon Time Rate</i>	5 menit	
122		Kematian Pasien ≤ 8 Jam di Ruang Gawat Darurat	0%	
123		Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	
124		Pelaksanaan pengisian assesmen awal kunjungan pasien PONEK di IGD	100%	
125		Pelaksanaan pemeriksaan penunjang pada kunjungan pasien psikogeriatri yang rawat inap	100%	
Instalasi Psikogeriatri	126	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	
	127	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	
	128	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	10%	
	129	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	2%	
	130	Peningkatan Status Fungsional Pasien rawat Inap Psikogeriatri	≥ 80%	
	131	Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Rawat Inap Psikogeriatri	≥ 80%	

	132	Waktu Tunggu Layanan Day Care Psikogeriatry	< 60 menit
	133	Angka Rehospitalisasi Pasien Rawat Inap Psikogeriatry	<15%
	134	Tercapainya Koordinasi Pembangunan Satu Kota Ramah Lansia 10% per bulan	100%
	135	Terlaksananya Proses Pengampuan Terhadap Rumah Sakit Jejaring di Bidang Psikogeriatry 1 kali per bulan	100%
	136	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
	137	Kejadian Pasien Lari	0%
	138	Persentase tempat tidur di ranap psikogeriatry sesuai standar	100%
	139	Lama Rawat Inap Pasien Psikogeriatry dengan Komorbiditas Penyakit Fisik \leq 6 Minggu	\geq 80%
	140	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatry	25%
Sub Koordinator Pelayanan Penunjang Medik	141	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	
	142	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	
	143	Penulisan resep sesuai Formularium	
	144	Pemenuhan Kebutuhan Operasional Layanan Penunjang Medik 100%	100%
Instalasi Gizi	145	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	100%
	146	Ketepatan Pemberian Diet	100%
	147	Kepuasan Pelanggan Metode Food Waste	>85%
Instalasi Farmasi	148	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	\geq 90%
	149	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	\leq 30 menit
	150	Penulisan resep sesuai Formularium	skor = 2
	151	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	\leq 60 menit
	152	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%
	153	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa di Tempat Pelayanan	100%
Instalasi Pemulihan Ketergantungan Napza	154	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%
	155	Prosentase Kejadian pasien jatuh	\leq 3%
	156	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	157	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	\geq 50 %

	158	Detoksifikasi Napza tercapai dalam waktu lama detoksifikasi \leq 2 minggu	\geq 95%
	159	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
Instalasi Bedah	160	Penandaan Lokasi Operasi	100%
	161	Asesmen Prasedasi dan Pra-anestesi	100%
	162	Kematian di Meja Operasi	0
	163	Pelaksanaan <i>Surgical Safety Check List</i>	100%
	164	Pelaksanaan Asesmen Awal Pra Bedah	100%
	165	Tidak adanya kejadian salah Sisi	100%
	166	Waktu Tunggu Operasi Elektif < 2 hari	100%
	167	Pemantauan Ketidakesesuaian Diagnosis Pre dan Post Anestesi	100%
	168	Evaluasi Ulang Jika Terjadi Konversi Tindakan Dari Anestesi Lokal/Regional Ke General	100%
	169	Pelaksanaan Monitoring Status Fisiologis selama Anestesi	100%
170	Pelaksanaan Monitoring Proses Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam	100%	
Sub Koordinator Pelayanan Penunjang Non Medik	171	Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%
	172	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT	
	173	Angka Pembatalan Operasi/ECT	skor = 2 (\leq 1%)
	174	Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	\leq 20 menit
	175	<i>Post Operative Death Rate</i> (ECT)	
	176	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi	\leq 3 Jam/180 menit
	177	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	
	178	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	0%
	179	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	\leq 2 jam
	180	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	
	181	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	
	182	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME)	100%
	183	Kelengkapan Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	100%
	184	Pengembalian Rekam Medik	100%
	185	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	100%
	186	Pertumbuhan Rehab Medik	
	187	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	100% / skor = 1

	188	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥ 90 %
	189	Pengumpulan laporan kegiatan pelayanan penunjang tepat waktu (tiap tanggal 5)	100%
Instalasi Keswamas dan PKRS	190	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	100% / skor = 1
	191	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥ 90 %
	192	Pelaksanaan pelatihan keterampilan melakukan pemeriksaan Ubbreviated Mental Test (AMT), Geriatric Depression Scale (GDS) dan Barthel Index oleh Perawat terlatih kepada tenaga kesehatan dan/atau kader kesehatan di PPK 1	≥ 90 %
Instalasi Rekam Medik	193	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	100%
	194	Kelengkapan Rekam Medik dalam waktu 24 Jam Selesai Pelayanan	100%
	195	Pengembalian Rekam Medik	skor = 2
	196	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	80%
	197	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100%
	198	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%
Instalasi Rehabilitasi Psikososial	199	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	200	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %
	201	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 70 %
Instalasi Laboratorium	202	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	203	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam
	204	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (Untuk pemeriksaan Napza)	skor = 2
	205	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%
	206	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%
	207	Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium <30 menit	100%
	208	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
Instalasi Radiologi	209	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	210	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi	≤ 3 Jam/180 menit
	211	Pelaporan Hasil Tes Kritis Radiologi <60 menit	100%

	212	Angka kegagalan hasil radiologi	0%
Instalasi Elektromedik	213	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	214	Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100%
	215	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT	skor = 2
	216	Angka Pembatalan ECT	skor = 2 (\leq 1%)
	217	Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	\leq 2 hari
	218	<i>Post Operative Death Rate</i> (ECT)	skor = 2 ($<$ 2%)
	219	Jumlah waktu tunggu layanan ECT \leq 20 menit	\leq 20 menit
	220	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat Kesehatan	100%
	221	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	100%
DIREKTORAT PERENCANAAN KEUANGAN DAN BMN			
Sub Koordinator Perencanaan Program		Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (POBO)	
	222	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif)	
		Ditandatangani sebelum tgl 31 Des tahun sebelumnya	skor = 0,4
		Ditandatangani oleh pemimpin BLU	skor = 0,4
		Diketahui oleh Dewas	skor = 0,4
		Disetujui oleh Menteri	skor = 0,4
		Format sesuai dengan PMK No.95/PMK.05/2011	skor = 0,4
	223	Terlaksananya telaah perencanaan kegiatan unit kerja	100%
	224	Tersusunnya Dokumen Rencana Kinerja Tahunan	100%
Sub Koordinator Evaluasi dan Pelaporan	225	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%
	226	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
	227	Ketepatan Waktu Pengumpulan Laporan dari Unit Kerja	100%
Instalasi SIMRS	228	Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis TI (Teknologi Informasi)	2 paket
	229	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%
	230	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer	\geq 90%
	231	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	\geq 90%
	232	Ketepatan Waktu Pengembangan Aplikasi / <i>Software</i>	\geq 80 %
Sub Koordinator Penyusunan dan Evaluasi Anggaran	233	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	100%
	234	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	skor = 2

	235	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%
Sub Koordinator Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	236	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	100%
		Tarif Layanan	skor = 1
		Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	
		SP3BBLU TW 1 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4
		SP3BBLU TW 2 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4
		SP3BBLU TW 3 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4
		SP3BBLU TW 4 saldo kas telah sesuai	skor = 0,8
		Persetujuan rekening	
		Rekening pengelolaan kas	skor = 0,1
		Rekening operasional	skor = 0,3
		Rekening dana kelolaan	skor = 0,1
		SOP Pengelolaan Kas	skor = 0,5
		SOP Pengelolaan Piutang	skor = 0,5
		SOP Pengelolaan Utang	skor = 0,5
		Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	100%
		Penyerapan Anggaran	≥ 90%
		237	Pemberian Informasi tagihan rawat inap
	238	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan Rumah Sakit	100%
	239	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%
Sub Koordinator Akuntansi dan Barang Milik Negara	240	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	> 5%
	241	Ketepatan Penatausahaan Barang Milik Negara	
	242	Rasio Keuangan	skor 19
		a. Rasio Kas (Cash Ratio)	skor = 2,25
		b. Rasio Lancar (Current Ratio)	skor = 2,75
		c. Periode Penagihan Piutang (Collection Periode)	skor = 2,25
		d. Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	skor = 2,26
		e. Imbalan atas Aset Tetap (Return of Fixed Asset)	skor = 2,27
		f. Imbalan Ekuitas (Return on Enquity)	skor = 2,25
		g. Perputaran Persediaan (Inventory Turn over)	skor = 2,25
		h. Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (POBO)	skor = 2,75
		Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	
		Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	
	243	Laporan Keuangan Semester 1 disampaikan ≤ tanggal 15	skor = 0,66

		Laporan Keuangan Tahunan ≤ tanggal 22 Januari tahun anggaran berikutnya	
		Laporan Keuangan Tahunan Audited disampaikan sampai batas akhir penyampaian LKKL Audited kepada Menteri Keuangan	
	244	Sistem Akuntansi	
		Sistem akuntansi keuangan	skor = 0,6
		Sistem akuntansi biaya	skor = 0,2
		Sistem Akuntansi Aset tetap	skor = 0,2
	245	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	skor = 0,5
	246	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	20%
ULP	247	SOP pengadaan Barang dan Jasa	skor 5
	248	Kelengkapan Dokumen Pengadaan	100%
	249	Ketepatan Review Dokumen SPP di ULP	≤ 5 hari kerja
PPK	250	Ketepatan administrasi pembuatan SPP dan SPBY	100%
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM			
Sub Koordinator Administrasi SDM	251	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%
	252	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%
	253	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%
	254	Ketepatan Waktu Penerbitan SPK dan RKK	100%
Sub Koordinator Pengembangan SDM, Pendidikan, dan Penelitian	255	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	4
	256	Terwujudnya Jejaring Penelitian Dalam Kesehatan Jiwa	2 per tahun
	257	Persentase Kompetensi Pegawai yang sesuai standar	85%
	258	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	75%
	259	Program Pemberian Penghargaan dan Konsekuensi	skor = 1
	260	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	skor = 2
	261	Rata-rata Jam Pelatihan /Karyawan	skor = 1
	262	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	skor = 1
	263	Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan	Skor = 2
	264	Tercapainya Pertumbuhan Dan Mutu Pendidikan Dan Pelatihan Dalam Kesehatan Jiwa	10%
	265	Prosentase Pegawai Yang Mendapatkan Pelatihan ≥ 20 JPL per tahun	≥ 80%

	266	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis Kepuasan Pelanggan Terhadap Adanya Peserta Didik	≥ 80% dari semua institusi
	267	Evaluasi Pasca Pelatihan	2/tahun
	268	Ketepatan Waktu Pembayaran Remunerasi Pegawai	100%
	269	Terlaksananya Perencanaan Pengembangan SDM Sesuai Kompetensi	≥ 80%
	270	Prosentase Pelaksanaan Pelatihan Internal Sesuai Perencanaan	100%
	271	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	100%
	272	Kepuasan Karyawan Terhadap Organisasi	≥ 95%
	273	Tercapainya Evaluasi Penilaian Kinerja Pegawai Sesuai Target	100%
	274	Persentase Perilaku Pegawai Sesuai Dengan Budaya Kinerja	75%
	275	Prosentase Pemenuhan Standar Kompetensi SDM untuk Area Prioritas	80%
Komisi Etik Penelitian Kesehatan	276	Telaah Penelitian < 5 hari kerja	100%
Sub Koordinator Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	277	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%
	278	Tingkat kepuasan Pasien dan Masyarakat (IKM)	80%
	279	Promosi Pelayanan Rumah Sakit Koordinasi dengan pemasaran	100%
	280	Prosentase Komplain Yang Ditindak Lanjuti/Penanganan Pengaduan	skor = 1
	281	Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	6
Sub Koordinator Umum	282	Proses Penyelesaian Surat Penting	
	283	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%
	284	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Rumah Tangga	100%
	285	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Temuan Tingkat Manajemen	100%
	286	Tindak lanjut penyelesaian saran dan rekomendasi Dewas	100%
	287	OEE (<i>Overall Equipment Effectiveness</i>)	85%
Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu	288	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT
	289	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%
	290	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%

	291	Dilakukan test Bowie Dick setiap akan melakukan sterilisasi alat	100%
Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS	292	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	293	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%
	294	Pengelolaan Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) sesuai Permenkes no 7 th 2019	100%
	295	Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri	≥ 7500
	296	Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja	0
	297	Simulasi Kesiapsiagaan Bencana di Setiap Unit Kerja	100%
IPSRS	298	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Sarana	≥ 80 %
	299	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%
KOMITE DAN SPI			
SPI	300	Terlaksananya Kegiatan Pengawasan sesuai Program Kegiatan Pengawasan Tahunan (PKPT)	100%
	301	Tindak lanjut penyelesaian saran dan rekomendasi Dewas	skor 100
Komite Medik	302	Pelaksanaan Audit Medis Dua Kali dalam Setahun	100%
	303	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Medis	100%
	304	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial bagi Semua Dokter	100%
Komite Keperawatan	305	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Perawat	100%
	306	Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sesuai dengan Standar Keperawatan	100%
Komite Etik dan Hukum	307	Terlaksananya Kegiatan Pencegahan Masalah Etik dan Hukum	100%
Komite PPI	308	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	100%
		a. Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas	
		b. Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>	
		c. Menjaga jarak tempat duduk minimal 1 m	
	309	Pencapaian Surveilans HAI's	100%
		Angka infeksi nosokomial	
	310	- luka fiksasi (AIN < 1,5%)	skor = 1
	311	- dermatomikosis (AIN < 1,5%)	skor = 1
	312	- scabies dan pedikulosis (AIN < 1,5%)	skor = 1
313	- postural hipotensi (AIN < 1,5%)	skor = 1	

Komite Mutu Rumah Sakit	314	Terakreditasi Internasional	Terakreditasi Internasional
	315	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksiesuaian	100%
	316	Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja	90%
	317	Pelaporan Kegiatan Pendampingan Komite Mutu Terhadap Pelaksanaan Indikator Mutu Unit Kerja kepada Direktur Utama Secara Tepat Waktu	100%
	318	Pelaporan IKP kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas Tepat Waktu	100%
	319	Pelaporan IKP kepada KKPRS dan KNKP	100%
Komite Tenaga Kesehatan Lain	320	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Tenaga Kesehatan Lain	100%
	321	Pelaksanaan audit proses pemberian asuhan oleh Tenaga Kesehatan Lain	>95%
	322	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi oleh Tenaga Kesehatan Lain	100%

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA



3.1 Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja adalah kegiatan manajemen khususnya membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana, atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Hal ini diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam kurun waktu Januari – Desember 2021.

Tahun 2021 merupakan tahun kedua pelaksanaan dari Rencana Strategis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020-2024 mengacu dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator kegiatan di dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi untuk masing-masing indikator, sehingga dapat digunakan dan ditindaklanjuti dalam perencanaan program/ kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/ kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Selain untuk memperoleh informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui capaian kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2021 dibandingkan dengan target yang sudah ditetapkan di awal tahun dan capaian tahun lalu, serta untuk memberikan gambaran kepada pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan rumah sakit.

Capaian kinerja rumah sakit dilihat berdasarkan *Outcome* dan output sebagai berikut:

1. *Outcome* Terwujudnya Kepuasan Stakeholder, diukur berdasarkan output tingkat kepuasan pasien dan masyarakat dan kecepatan respon terhadap komplain
2. *Outcome* Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatric yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup diukur berdasarkan output Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup, Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatric, dan Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan
3. *Outcome* Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan diukur berdasarkan output Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional, Terwujudnya jejaring



penelitian dalam kesehatan jiwa, dan Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa.

4. *Outcome* Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan diukur berdasarkan output Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan dan Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri
5. *Outcome* Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa diukur berdasarkan output Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* dan Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa
6. *Outcome* Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan diukur berdasarkan output Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja, Tercapainya indikator mutu unit kerja, dan Terakreditasi Internasional
7. *Outcome* Tercapainya sistem IT yang terintegrasi diukur berdasarkan output Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT
8. *Outcome* Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset diukur berdasarkan output OEE (Overall Equipment Effectiveness) dan Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan
9. *Outcome* Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas diukur berdasarkan output Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar dan Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar
10. *Outcome* Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi diukur berdasarkan output Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
11. *Outcome* Terwujudnya pertumbuhan pendapatan diukur berdasarkan output Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%
12. *Outcome* Terwujudnya efisiensi anggaran diukur berdasarkan output Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$

3.1.1 Capaian Kinerja berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2021

Hasil capaian kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2021 dituangkan ke dalam tabel berikut:

Tabel 3.1 Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2020 dan 2021

Sasaran Strategis (Outcome)	IKU (Output)	Satuan	Tahun 2020			Tahun 2021				
			Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian		
Perspektif Konsumen										
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	Prosentase	85%	83,34%	98,05%	80%	86,59%	108,24%
		2	Kecepatan respon terhadap komplain	Prosentase	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Perspektif Proses Bisnis										
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	3	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	Prosentase	10%	2,54%	25,40%	10%	33,06%	330,60%
		4	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	Prosentase	10%	0% (-8,5%)	0%	2%	5,80%	290%
		5	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	Prosentase	10%	0%	0%	10%	6,50%	65%
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	Jumlah	2	2	100%	4	2	50%

Sasaran Strategis (Outcome)	IKU (Output)		Satuan	Tahun 2020			Tahun 2021			
				Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian	
	7	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	Jumlah	1	1	100%	2	1	50%	
	8	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	Prosentase	10%	7%	70%	75%	254%	338,67%	
4	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	Prosentase	40%	62,60%	156,50%	50%	67,84%	135,68%
		10	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan layanan psikogeriatri	Prosentase	30%	0%	0%	25%	32,52%	130,08%
5	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	Jumlah	2	4	200%	6	7	116,70%
		12	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	Prosentase	10%	0% (-16%)	0%	5%	5,68%	113,60%
Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi										

Sasaran Strategis (Outcome)		IKU (Output)		Satuan	Tahun 2020			Tahun 2021		
					Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	Prosentase	70%	90%	128,57%	75%	88,90%	118%
		14	Tercapainya indikator mutu unit kerja	Prosentase	90%	80,70%	89,67%	90%	92%	102%
		15	Terakreditasi Internasional	Jumlah	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	100%	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	100%
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	Paket	1	1	100%	2	2	100%
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	Prosentase	85%	70,39%	82,81%	85%	87,03%	102,03%
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	Prosentase	10%	14,22%	142,20%	100%	100%	100%
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	Prosentase	80%	93,32%	116,65%	85%	93,30%	109,80%
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	Prosentase	70%	90%	128,57%	75%	99,87%	133,16%

Sasaran Strategis (Outcome)		I K U (Output)		Satuan	Tahun 2020			Tahun 2021		
					Target	Realisasi	% Capaian	Target	Realisasi	% Capaian
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	21	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Prosentase	Belum ada dalam dalam perjanjian kinerja			60%	75,29%	125,48%
Perspektif Keuangan										
11	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	22	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%	Prosentase	10%	0% (-24,19%)	0%	5%	34,90%	697,91%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	23	Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%	Prosentase	\geq 45%	43,15%	95,89%	\geq 45%	59,50%	132,23%

Pencapaian kinerja pada masing-masing indikator sasaran dapat diuraikan sebagai berikut:

1) Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat

Kepuasan pelanggan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pelaksanaan survey kepuasan pasien dan masyarakat menggunakan dasar PerMenPAN-RB Nomor 14 tahun 2017 dengan 9 (sembilan) unsur pelayanan.

Tabel 3.2 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat Tahun 2020 dan 2021

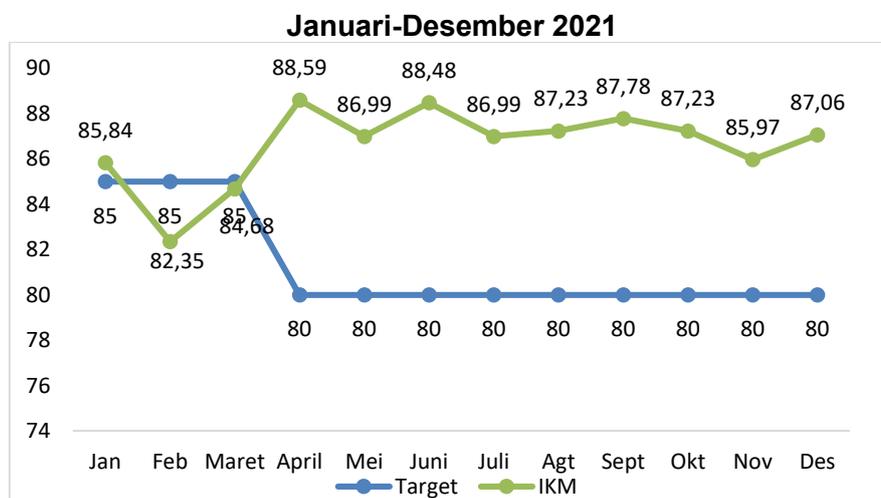
Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat	85%	83,34%	98,05%	Jan-Mar 85%	84,29%	99,2%
				Apr-Des 80%	87,37%	109,21%
				Rata-rata	86,59%	108,24%

Deskripsi Analisa :

Pada tanggal 12 Maret 2021 telah ditandatangani Perjanjian Kinerja Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI yang menetapkan target Survei Kepuasan Pelanggan sebesar 80%. Selanjutnya dilakukan penyesuaian target.

Survei Kepuasan Pelanggan, pada tahun 2021 secara umum tercapai dengan baik, sesuai rincian untuk target 85% (Jan-Maret) tercapai dengan nilai rata-rata 84,29% dan untuk target 80% (April-Des) tercapai dengan nilai rata-rata 87,37%. Jadi rata-rata tingkat kepuasan pasien dan masyarakat pada tahun 2021 sebesar 86,59%. Berikut merupakan rincian capaian dari Januari hingga Desember 2021.

Gambar 3.1 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat



Pada pelaksanaan Survei Kepuasan Pelanggan di tahun 2021 dilakukan inovasi dalam pengambilan sampling kepada responden, untuk mengurangi kontak fisik kepada responden, dilakukan pengambilan survei dengan metode mengisi form elektronik melalui *google form*. Pelaksanaan E-Survei dilakukan dengan mensosialisasikan *barcode* dan tautan survei pada media informasi rumah sakit baik secara langsung maupun melalui media sosial dan website.

Berdasarkan capaian survei kepuasan pelanggan, secara umum pelanggan merasa puas dengan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, pada periode tahun 2021 rumah sakit juga melakukan survei kepuasan pelanggan yang diinisiasi oleh instansi luar yakni PPK BLU dan BPJS Kesehatan. Pelaksanaan survei di luar survei internal diharapkan dapat memberikan gambaran layanan rumah sakit yang lebih obyektif.

Pada tahun 2021, bagi unit kerja yang tidak memenuhi standar nilai yang ditetapkan akan diberikan *feedback* ketidak tercapaian. *Feedback* tersebut dilakukan untuk nilai unsur tertentu yang tidak memenuhi standar nilai.

Pada 11 Mei 2021 diberlakukan Surat Keputusan Direktur Utama No. HK.02.03/XXVII.3.2.1/3003/2021 yang merubah area pengambilan sampling survei kepuasan pelanggan yang sebelumnya dilakukan di area pelayanan Rawat Inap, Rawat Jalan, IGD dan Penunjang, sesuai kebijakan terbaru dilakukan di seluruh unit kerja mencakup area pelayanan kepada pasien, maupun di area adminsitratif yang memberikan pelayanan kepada vendor, maupun pelanggan internal.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya kepuasan stakeholder telah terpenuhi dari output tingkat kepuasan pasien dan masyarakat melalui program kerja tahun 2021 yaitu implementasi dan monev komitmen pelayanan prima, pemenuhan dan monev sarana dan prasarana sesuai standar akreditasi, serta membangun ikatan dengan konsumen.

Capaian Tahun 2021 adalah 86,59% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 80% maka kinerja dalam mewujudkan kepuasan stakeholder telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun-tahun yang akan datang.

Terwujudnya kepuasan stakeholder melalui tingkat kepuasan pasien dan masyarakat dan kecepatan respon terhadap komplain akan menimbulkan dimensi kepuasan hidup yaitu subdimensi kepuasan hidup nasional. Berdasarkan data statistik didiapatkan kepuasan hidup nasional masyarakat Indonesia tahun 2021 sebesar 70,26%. Capaian Indeks Kepuasan RSJRW tahun 2021 sebesar 86,59% berada di atas indeks nasional sehingga capaian tersebut harus dipertahankan dan ditingkatkan.

Permasalahan :

Hal yang bisa ditingkatkan dari hasil capaian tahun 2021 diantaranya :

- Pelaksanaan E Survei belum berjalan optimal
- Belum ada jumlah sampel spesifik dari setiap area pelayanan
- Partisipasi unit kerja dalam ikut serta pengisian SKM perlu ditingkatkan
- Kurangnya perangkat untuk melakukan E Survei

Rencana Tindak Lanjut :

- Sosialisasi dan edukasi kepada pelanggan internal dan eksternal untuk mulai beralih menggunakan e survei
- Mengajukan pembelian perangkat e survei
- Melakukan pertemuan dengan penentu kebijakan mengenai penentuan jumlah responden yang representatif
- Melakukan sosialisasi kepada seluruh unit kerja mengenai pentingnya partisipasi dalam melaksanakan survei kepuasan pelanggan

Efisiensi Sumber Daya

Pelaksanaan e survei dalam jangka waktu panjang akan mengurangi penggunaan kertas dan jumlah SDM yang melakukan pengambilan survei.

2) Kecepatan Respon terhadap Komplain

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

Kategori risiko :

1. Biru : Low (Rendah)
2. Hijau : Moderate (Sedang)
3. Kuning : High (Tinggi)
4. Merah : Extreme (Sangat Tinggi)

Kriteria penilaian :

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

4. Membuat presentasi jumlah komplain yang ditindaklanjuti terhadap seluruh komplain setiap kategori :
 - a. Komplain kategori Biru (KKB) diregister sebagai masukan dan di bahas dalam rapat koordinasi bulan berikutnya.
 - b. Komplain Kategori Hijau (KKH) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari.
 - c. Komplain Kategori Kuning (KKK) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari.
 - d. Komplain Kategori Merah (KKM) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 x 24 jam.

Tabel 3.3 Capaian Kecepatan Respon terhadap Komplain Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kecepatan respon terhadap komplain	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2021 indikator kecepatan respon terhadap komplain target 100% realisasi 100%, tercapai sesuai target yang di tetapkan. Indikator kecepatan respon terhadap komplain pada tahun 2021 jika dibandingkan tahun 2020 dengan target 100% secara berturut-turut dari tahun ke tahun tercapai sesuai target yang di tetapkan.

Pada tahun 2021 jumlah komplain sebanyak 36 komplain, yang terdiri dari:

- a. 4 komplain pada bulan Januari 2021 dengan kriteria 2 Komplain Kategori Hijau dan 2 Komplain Kategori Merah
- b. 2 komplain pada bulan Februari 2021 dengan kriteria 1 Komplain Kategori Hijau dan 1 Komplain Kategori Kuning
- c. 2 komplain pada bulan Maret 2021 dengan kriteria 1 Komplain Kategori Hijau dan 1 Komplain Kategori Kuning
- d. 6 komplain pada bulan April 2021 dengan kriteria 2 Komplain Kategori Biru dan 4 Komplain Kategori Hijau
- e. 5 komplain pada bulan Mei 2021 dengan kriteria 1 Komplain Kategori Hijau dan 4 Komplain Kategori Kuning
- f. 2 komplain pada bulan Juni 2021 dengan kriteria 2 Komplain Kategori Kuning
- g. 0 komplain pada bulan Juli 2021
- h. 1 komplain pada bulan Agustus 2021 dengan kriteria 1 Komplain Kategori Kuning
- i. 1 komplain pada bulan September 2021 dengan kriteria 1 Komplain Kategori Hijau
- j. 5 komplain pada bulan Oktober 2021 dengan kriteria 5 Komplain Kategori Hijau
- k. 3 komplain pada bulan November 2021 dengan kriteria 3 Komplain Kategori Hijau

- I. 5 komplain pada bulan Desember 2021 dengan kriteria 4 Komplain Kategori Hijau dan 1 Komplain Kategori Kuning

Kecepatan respon terhadap komplain berjalan optimal, pelanggan semakin mudah mengutarakan keluhan dan saran atas pelayanan yang diterima melalui berbagai media yang telah disediakan seperti:

- Penyampaian langsung
- Kotak saran
- Email
- Sosial media
- Formulir SKM
- E survei

Berbeda dari tahun-tahun sebelumnya, pelaporan komplain tidak hanya sebatas pelaporan respon namun komplain yang masuk ditindaklanjuti hingga selesai.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya kepuasan stakeholder telah terpenuhi dari output kecepatan respon terhadap komplain melalui program kerja tahun 2021 yaitu penguatan sistem manajemen komplain berbasis IT.

Capaian Tahun 2021 adalah 100% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam mewujudkan kepuasan stakeholder telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

Pelaporan analisa komplain yang ditindaklanjuti, menjadi pola baru yang dilakukan pada pertengahan tahun 2021 sesuai rekomendasi borang WBK, kendala yang dihadapi adalah pengumpulan data tindaklanjut komplain pada periode sebelumnya sehingga dibutuhkan waktu yang lebih lama untuk membuat laporan tindaklanjut komplain.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mempertahankan kinerja kecepatan respon sesuai dengan *grading* yang telah ditetapkan
- Menambah sarana pelanggan untuk menyalurkan *feedback* pelayanan melalui kolom komplain di *website*
- Secara tertib melakukan tindaklanjut komplain sehingga pelaporan dapat berjalan lengkap dan akuntabel
- Meningkatkan partisipasi pelanggan dalam memberikan saran masukan kepada rumah sakit sebagai upaya pengembangan dan perbaikan layanan, partisipasi dapat dilakukan dengan melakukan mini survei di sosial media

Efisiensi Sumber Daya:

Optimalisasi sarana komplain melalui media teknologi informasi diharapkan dapat berimbans pada efisiensi penggunaan kertas, dan efektivitas waktu penyampaian komplain.

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

Proporsi layanan promotif preventif yang dimaksud adalah jumlah kunjungan layanan non curative di poliklinik psikologi, psikiatri anak dan remaja, psikogeriatri, napza, diperbandingkan dengan seluruh kunjungan pelayanan di poliklinik tersebut.

Tabel 3.4 Capaian Proporsi Peningkatan Pemanfaatan Layanan Promotif dan Preventif Subspecialistik yang Berorientasi pada Optimalisasi Kualitas Hidup Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	10%	2,54%	25,4%	10%	33,06%	330,6%

Deskripsi Analisa:

Indikator kinerja telah mencapai target. Tingkat pencapaian tahun 2021 adalah 330,6%. Dibandingkan tahun 2020 terjadi peningkatan pencapaian yang signifikan, yaitu 30,52%.

Faktor yang berkontribusi diantaranya adalah :

- Upaya promosi untuk mengenalkan/memberikan edukasi kepada masyarakat tentang pentingnya upaya promotif cukup optimal.
- Adanya dukungan program chat online yang memberikan ruang kepada masyarakat untuk melakukan konsultasi ketika merasa ada permasalahan psikologis, sehingga tidak sampai jatuh pada gangguan jiwa.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah terpenuhi dari output proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas

hidup melalui program kerja tahun 2021 yaitu penguatan *team work* pelayanan unggulan subspecialistik, movev dan peningkatan peluang pemanfaatan layanan unggulan, rehab berat gedung IGD terintegrasi, serta pemeliharaan gedung pelayanan rawat jalan (Gedung A).

Capaian Tahun 2021 sebesar 33,06% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 10% maka kinerja dalam mewujudkan layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatric yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatric yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup selaras dengan data keluhan kesehatan. Keluhan kesehatan adalah keadaan seseorang yang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan. Presentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dalam sebulan terakhir di Provinsi Jawa Timur tahun 2021 adalah 28.55% atau $(28,55\% \times 40.665.700 = 11.610.057)$. Capaian proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup sebesar 33,06% atau $(33,06\% \times 42.830 = 14.160)$ sehingga lebih kecil dibandingkan jumlah penduduk yang mempunyai keluhan. Usaha untuk meningkatkan kesadaran pasien untuk memanfaatkan layanan kesehatan harus ditingkatkan.

Permasalahan:

Faktor pendukung yang menyebabkan indikator ini tercapai diantaranya adalah :

- Komitmen SDM pemberi pelayanan yang peduli untuk memberikan waktu layanan lebih panjang.
- Upaya edukasi kepada masyarakat oleh tim promosi dan PKRS berjalan cukup optimal.
- Adanya inovasi pelayanan yang memudahkan pasien melakukan komunikasi awal, terkait kesehatan jiwanya
- Prioritas penggunaan saldo awal rumah sakit menyebabkan tertundanya rencana pengembangan *Psychiatric Assesment Center* dan rehab berat gedung pelayanan latker pria
- Terdapat permasalahan dalam pekerjaan rehab berat gedung IGD terintegrasi sehingga pada akhir periode 31 Desember 2021 belum selesai 100%.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mengupayakan adanya peningkatan kunjungan promotif dan preventif di Klinik pelayanan Anak dan Remaja, Psikiatri geriatri dan Rehabilitasi NAPZA.
- Meningkatkan upaya untuk menghilangkan stigma ketika masyarakat berkunjung ke RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- Membangun jejaring rujukan pemanfaatan layanan promotif dan preventif.

- Memasukkan rencana kegiatan pengembangan *Psychiatric Assesment Center* dan rehab berat gedung pelayanan rehabilitasi latker pria ke dalam perencanaan 2022
- Penyelesaian permasalahan kegiatan rehab berat gedung IGD terintegrasi

Efisiensi Sumber Daya

Pelayanan ini tidak berdampak kepada penambahan SDM pemberi layanan. Hal ini karena pelayanan ini terintegrasi dengan pelayanan lainnya

4) Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri

Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri merupakan peningkatan kunjungan pasien di unit pelayanan psikogeriatri. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.5 Capaian Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Psikogeriatri Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	10%	0% (-8,5%)	0%	2%	5,8%	290%

Deskripsi Analisa:

Peningkatan kunjungan pasien di unit pelayanan psikiatri geriatri tercapai sangat signifikan yaitu 5,8% dari target yang ditetapkan yaitu 2%, dengan demikian tingkat pencapaiannya adalah 290%.

Dibandingkan tahun 2020 maka pencapaian pertumbuhannya sangat jauh lebih tinggi, mengingat pertumbuhan tahun 2020 adalah minus 8,5%.

Sebagai gambaran riil, Kami tampilkan data kunjungan total pasien geriatri di tahun 2019, 2020 dan 2021, sebagai berikut :

- Tahun 2019 : 2.590
- Tahun 2020 : 2.371
- Tahun 2021 : 2.480

Dari data tersebut meskipun pencapaian tahun 2021 sudah lebih baik dibandingkan tahun 2020, tetapi masih belum melebihi pencapaian tahun 2019.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah terpenuhi dari output pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri melalui program kerja tahun 2021 yaitu optimalisasi jejaring pelayanan rujukan.

Capaian Tahun 2021 adalah 5,08% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 2% maka kinerja dalam mewujudkan layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Jumlah penduduk usia di atas 60 tahun di Kabupaten Malang per 14 September 2021 adalah 5.314.698. Berdasarkan capaian pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri di RSJRW adalah 5,8% atau sejumlah 2.480 kunjungan menunjukkan bahwa pasien dengan usia lansia masih banyak yang belum memanfaatkan layanan psikogeriatri sehingga perlu diupayakan promosi kepada masyarakat.

Berdasarkan data statistik terdapat persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan tidak rawat jalan tahun 2021 sebesar 42% karena tidak mempunyai biaya berobat, 5% karena tidak ada biaya transportasi, 7% karena tidak ada sarana transportasi, dan 24% karena waktu tunggu pelayanan lama.

Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri tahun 2021 sebanyak 5,8% dengan mengoptimalkan perbaikan waktu tunggu pelayanan, sedangkan transportasi masih menjadi kendala dalam menjalankan layanan kesehatan.

Permasalahan:

Faktor pendorong tercapaiannya target pertumbuhan unit pelayanan psikiatri geriatri diantaranya adalah :

- Kondisi pandemi yang sudah membaik, sehingga mendukung adanya peningkatan mobilitas masyarakat dan kepercayaan masyarakat untuk berkunjung kembali ke rumah sakit
- Penataan alur dan sistem pelayanan di RSJ RW untuk mendukung upaya pelayanan yang aman di masa pandemi Covid 19
- Adanya komitmen SDM dan kerjasama lintas sektor yang saling membantu untuk mengupayakan peningkatan kuantitas dan kualitas layanan

Rencana Tindak Lanjut:

Langkah – langkah yang akan ditempuh untuk tahun 2022 pada prinsipnya adalah mengupayakan secara terus menerus dan konsisten untuk peningkatan produktivitas dan kualitas pelayanan, melalui :

- Peningkatan kompetensi SDM pemberi pelayanan, dengan mengikutsertakan pada program pelatihan.
- Implementasi *safe ward* WHO QR pada pelayanan secara bertahap.
- Pemenuhan standar fasilitas pelayanan.

- Peningkatan upaya promosi dan *marketing*
- Pengelolaan *reward* yang proporsional

Efisiensi Sumber Daya

Pelayanan ini tidak berdampak kepada penambahan SDM pemberi layanan. Hal ini karena pelayanan ini terintegrasi dengan pelayanan lainnya.

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

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

Tabel 3.6 Capaian Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup pada Warga Lansia di Wilayah Binaan Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	10%	0%	0%	10%	6,5%	65%

Deskripsi Analisa:

Indikator kinerja ini tidak mencapai target, yaitu 6,5% dari 10% yang ditargetkan. Namun demikian dibandingkan tahun 2020, tingkat pencapaiannya sudah lebih baik, karena tahun 2020 kegiatan indikator ini tidak dapat terlaksana, sebagai dampak dari penerapan PPKM.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatric yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup tidak terpenuhi dari output optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan yang dikarenakan tidak terlaksananya kegiatan layanan penguatan program dan penambahan jenis kegiatan sebagai akibat pembatasan mobilitas masyarakat.

Capaian Tahun 2021 sebesar 6,50% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 10% maka kinerja dalam mewujudkan layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatric yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainya pada tahun-tahun yang akan datang.

Kualitas hidup adalah perasaan dan pernyataan puas seorang individu akan kehidupan secara menyeluruh dan seara status mental. Berdasarkan data statistik terdapat indeks kebahagiaan yang bisa menggambarkan kualitas hidup. Pada tahun 2021, indeks kebahagiaan di Jawa Timur adalah 72,08 sedangkan indeks kebahagiaan di Indonesia adalah 71,49. Dengan demikian secara umum kualitas hidup warga di Jawa Timur lebih baik dibandingkan kualitas hidup nasional.

Peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan dipengaruhi oleh transportasi dari RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang ke daerah binaan. Kemampuan penduduk Jawa Timur yang tidak mampu mengakses layanan kesehatan sebesar 5% karena tidak ada biaya transportasi dan 7% karena tidak ada sarana transportasi perlu mendapatkan intervensi sebagai daerah binaan desa sehat jiwa.

Permasalahan:

Faktor yang menjadi penyebab ketidaktercapaian diantaranya adalah :

- Kurang optimalnya keterlibatan sasaran kegiatan pada saat dilakukan program intervensi.
- Program intervensi yang ditawarkan kurang diminati oleh peserta kegiatan.
- Ruang pengembangan kualitas pada warga Lansia yang relatif terbatas dan sempit, sehingga jika pada saat penilaian kualitas hidup sudah cukup tinggi maka program intervensi yang diberikan kurang bisa menjadi daya ungkit untuk meningkatkan nilai kualitas hidup.

Rencana Tindak Lanjut:

Upaya untuk tindak lanjut agar peningkatan kualitas hidup Lansia lebih optimal adalah :

- Analisis yang lebih komprehensif terkait penetapan area pembinaan.
- FGD untuk membuat program intervensi lebih melibatkan banyak pihak, sehingga dapat diformulasikan program – program yang menarik
- Peningkatan komitmen SDM dalam melaksanakan program peningkatan kualitas hidup Lansia sesuai dengan jadwal yang telah dibuat.
- Adanya monev di dalam periode program, sehingga dapat mengidentifikasi hambatan dalam pencapaian target.
- Mengupayakan dukungan finansial yang lebih baik agar program intervensi dapat lebih menarik dan diterima oleh masyarakat.

Efisiensi Sumber Daya

Kegiatan ini melibatkan banyak SDM dan dari beberapa unit kerja. Kondisi ini berdampak adanya peningkatan beban kerja SDM. Namun demikian masih dapat difasilitasi dengan ketersediaan SDM yang ada.

6) Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional

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

Catatan:

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

Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.7 Capaian Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Publikasi penelitian nasional dan / atau internasional	2	2	100%	4	2	50%

Deskripsi Analisa:

Indikator Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional dengan target 4 publikasi per tahun tercapai 2 publikasi pada tahun 2021. Capaian ini hanya memenuhi target 50%. Realisasi capaian indikator Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional pada tahun 2021 sama dengan tahun 2020 yaitu 2 publikasi penelitian, namun perbedaannya pada target yaitu tahun 2021 lebih banyak (4 publikasi penelitian) sehingga capaian tahun 2021 sebesar 50%. Berikut judul dan alamat publikasi penelitian pada tahun 2021:

1. Judul : Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia dengan Atrofi Pasca Re-Pemasungan di Rumah Sakit Jiwa
Penulis : Yunan Yanuar Ardiwinata
Jurnal : Repository Universitas Jember
Link Jurnal : <https://repository.unej.ac.id/handle/123456789/98987>
2. Judul : Peran *Self-Compassion* terhadap Kualitas Hidup Profesional: Studi pada Perawat Jiwa
Penulis : Anggita Kesumaputri, Hamidah, M. Shalehuddin
Jurnal : Jurnal Psikologi Fakultas Psikologi UIN Sultan Syarif Kasim Riau
Link Jurnal : <http://ejournal.uin-suska.ac.id/index.php/psikologi/article/view/13625>

Outcome yang diharapkan dengan indikator Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional adalah:

- Adanya peningkatan kualitas pelayanan melalui pelayanan kedokteran berbasis bukti
- Mendorong organisasi menjadi *Research Hospital*

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan tidak terpenuhi dari output publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional yang dikarenakan tidak terlaksananya kegiatan pelaksanaan dan monev penelitian publikasi, penerapan sistem reward untuk peneliti, serta meningkatkan peluang untuk mendapatkan sponsorship penelitian.

Capaian Tahun 2021 2 publikasi bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 10 publikasi maka kinerja dalam mewujudkan pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Berdasarkan data jurnal ilmiah Indonesia (ISJD) sampai dengan Januari 2021 tercatat lebih dari 8.000 jurnal ilmiah yang diterbitkan. Kontribusi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai rumah sakit pendidikan harus terus didorong untuk menumbuhkan penelitian dan publikasi tentang keilmuan dan manajerial di rumah sakit.

Permasalahan:

Faktor-faktor yang menjadi kendala ketercapaian adalah :

- Penelitian yang dilakukan pegawai yang sedang tubel maupun ibel tidak mensyaratkan untuk dipublikasikan dalam jurnal
- Belum teridentifikasinya masalah yang dapat dijadikan judul penelitian oleh pegawai di rumah sakit
- *Reward* bagi peneliti

Rencana Tindak Lanjut:

- Melakukan identifikasi permasalahan di organisasi yang dapat dijadikan judul penelitian
- Koordinasi dengan Tim peneliti untuk pelaksanaan penelitian
- Mengusulkan *reward* bagi peneliti yang hasil penelitiannya dipublikasikan dalam jurnal
- Optimalisasi kerjasama dengan institusi pendidikan untuk membuka jalur publikasi penelitian

7) Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa

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

Tabel 3.8 Capaian Terwujudnya Jejaring Penelitian dalam Kesehatan Jiwa Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	1	1	100%	2	1	50%

Deskripsi Analisa:

Terwujudnya jejaring penelitian tercapai 1 kerjasama penelitian dari target 2 kerjasama penelitian sehingga mencapai 50% dari target. Realisasi capaian indikator mutu terwujudnya jejaring penelitian pada tahun 2021 dan tahun 2020 sama yaitu 1 jejaring penelitian.

Outcome yang diharapkan dengan indikator mutu ini adalah :

- Mendorong organisasi menjadi *Research Hospital*
- Implementasi salah satu tridharma perguruan tinggi yang dituangkan dalam naskah kerjasama dengan institusi pendidikan

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan tidak terpenuhi dari output Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa yang dikarenakan tidak terlaksananya kegiatan pelaksanaan dan monev penelitian bersama serta optimalisasi manfaat bagi peneliti melalui penelitian bersama.

Capaian Tahun 2021 yaitu 2 publikasi bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 10 publikasi maka kinerja dalam mewujudkan pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan telah berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan kekurangan dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Capaian Tahun 2021 yaitu 1 lembaga jejaring bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 2 lembaga jejaring maka kinerja dalam mewujudkan pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Berdasarkan data BPS Tahun 2021 terdapat 17 Perguruan Tinggi Negeri dan 321 Perguruan Tinggi Swasta di Jawa Timur. Perguruan Tinggi yang mempunyai konsentrasi

penelitian di bidang Psikogeriatri sangat memungkinkan untuk bekerja sama dengan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang membentuk jejaring penelitian kesehatan jiwa.

Permasalahan:

Kerjasama dengan institusi pendidikan dalam penelitian belum diimplementasikan meskipun sudah tertuang dalam naskah perjanjian kerjasama.

Rencana Tindak Lanjut:

- Mengadakan kembali pertemuan dengan institusi Pendidikan khusus membahas penelitian bersama
- Pertemuan ditindaklanjuti dengan membuat kerjasama penelitian dan jadwal pelaksanaan

Efisiensi Sumber Daya

Efisiensi terkait anggaran penelitian karena pelaksanaan penelitian dilakukan bersama institusi pendidikan

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

Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa merupakan perbandingan dengan tahun sebelumnya.

Cara perhitungan:

$$\frac{(a + b) \times (c + d)}{100}$$

Keterangan :

a. Pertumbuhan Pendidikan

Persentase jumlah praktikan pendidikan kesehatan jiwa dibandingkan Jumlah praktikan pendidikan kesehatan jiwa pada tahun sebelumnya

$$\frac{\text{jumlah praktikan tahun berjalan}}{\text{jumlah praktikan Tahun Sebelumnya}} \times 100\%$$

b. Pertumbuhan Pelatihan

Persentase jumlah kegiatan pelatihan revenue dalam kesehatan jiwa pada tahun berjalan dibagi Jumlah kegiatan pelatihan dalam kesehatan jiwa pada tahun sebelumnya.

$$\frac{\text{jumlah kegiatan pelatihan revenue tahun berjalan}}{\text{jumlah kegiatan pelatihan revenue Tahun Sebelumnya}} \times 100\%$$

- c. Mutu Pendidikan
 Status terakreditasi RS Pendidikan = 100%
 Status tidak terakreditasi RS Pendidikan = 0%
- d. Mutu Pelatihan
 Status terakreditasi pelatihan 2 paket = 100%
 Status terakreditasi pelatihan 1 paket = 50%
 Tidak terdapat Status terakreditasi pelatihan = 0%

Tabel 3.9 Capaian Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan dalam Kesehatan Jiwa Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	10%	7%	70%	75%	254%	338,67%

Deskripsi Analisa:

$$\frac{(a + b) \times (c + d)}{100} = \frac{(169\% + 0\%) \times (100\% + 50\%)}{100} = 254\%$$

Keterangan :

- a. Pertumbuhan Pendidikan :

$$\frac{\text{jumlah praktikan tahun berjalan}}{\text{jumlah praktikan Tahun Sebelumnya}} \times 100 = \frac{2010}{1240} \times 100\% = 169\%$$

- b. Pertumbuhan Pelatihan

$$\frac{\text{jumlah kegiatan pelatihan revenue tahun berjalan}}{\text{jumlah kegiatan pelatihan revenue Tahun Sebelumnya}} \times 100\% = 0\%$$

- c. Mutu Pendidikan
 Status terakreditasi RS Pendidikan = 100%
- d. Mutu Pelatihan
 Status terakreditasi pelatihan 1 paket = 50%

Indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa tercapai 254% dari target 75% sehingga kenaikan prosentase capaian adalah 338,67%. Realisasi capaian indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan

dan pelatihan dalam kesehatan jiwa juga mengalami peningkatan pada tahun 2021 dibanding tahun 2020, disebabkan peningkatan pada jumlah peserta didik (medis, keperawatan dan non medis) serta terlaksananya pelatihan terakreditasi pada tahun 2021 ini sebanyak 1 pelatihan.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan telah terpenuhi dari output Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa melalui program kerja tahun 2021 yaitu pelaksanaan dan money kerjasama dengan institusi pendidikan, evaluasi dan re-mapping kebutuhan pelatihan revenue, pengembangan pelatihan revenue, serta pelaksanaan re-akreditasi RS Pendidikan.

Capaian Tahun 2021 sebesar 254% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam mewujudkan pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Sebagai rumah sakit pendidikan, RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang mendorong terwujudnya mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa melalui kerjasama dengan Lembaga Pendidikan Kesehatan. Mayoritas Lembaga Pendidikan Kesehatan menjalin kerjasama adalah Pendidikan Keperawatan. Menurut data statistik PDDikti Kemdikbud tahun 2021 jumlah mahasiswa keperawatan mencapai 64.284 orang yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia. Keperawatan Kesehatan Jiwa sebagai salah satu kompetensi yang harus dimiliki perawat menjadi peluang yang baik bagi RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang untuk menjadi target belajar pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa.

Permasalahan:

Faktor penyebab ketercapaian :

- Peningkatan pada jumlah peserta didik (medis, keperawatan dan non medis) seiring dibukanya kembali praktek klinik secara luring
- Terlaksananya pelatihan terakreditasi pada tahun 2021 ini sebanyak 1 pelatihan

Rencana Tindak Lanjut:

- Melaksanakan pelatihan terakreditasi dengan pengampuan
- Melaksanakan pelatihan revenue dengan Kerjasama dengan tim pemasaran

9) Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan

Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan merupakan jumlah pasien yang di rujuk oleh jejaring pelayanan (yang mempunyai perjanjian kerjasama dengan RSJRW) di unit rawat jalan dan IGD. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.10 Capaian Peningkatan Proporsi Jumlah Pasien yang Dirujuk Oleh Jejaring Kemitraan Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	40%	62,60%	156,5%	50%	67,84%	135,68%

Deskripsi Analisa:

Tingkat pencapaian indikator ini di tahun 2021 telah mencapai target, yaitu 67,84% dari target yang ditetapkan sebesar 50%. Pencapaian ini juga lebih baik dibandingkan dengan tahun 2020 yang sebesar 62,60%, jadi terdapat peningkatan sebesar 5,24%.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan telah terpenuhi dari output Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan melalui program kerja tahun 2021 yaitu membangun akses dan komunikasi rujukan berbasis IT.

Capaian Tahun 2021 adalah 67,84% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 85% maka kinerja dalam meningkatkan fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainya pada tahun-tahun yang akan datang.\

Berdasarkan data BPS tahun 2021 terdapat data persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan dan rawat jalan tahun 2021 di Jawa Timur sebesar 39,66%. Angka tersebut mengalami penurunan bila dibandingkan tahun 2020 yang sebesar 46%. Angka rujukan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang pada 2021 sebesar 67,84% mengalami sedikit peningkatan bila dibandingkan tahun 2020 sebesar 62,60%. Hal ini menunjukkan dalam sektor kesehatan jiwa masih dimanfaatkan alur rujukan secara optimal.

Permasalahan

Faktor pendukung tercapai target indikator, diantaranya adalah :

- Adanya dukungan tim marketing yang memberikan informasi dan koordinasi terkait rujukan kepada jejaring pelayanan.
- Komunikasi yang lebih intensif antara RSJ RW, jejaring rujukan dan institusi penjamin.
- Pemanfaatan media online untuk memperkuat jejaring rujukan.
- Adanya penambahan institusi jejaring rujukan, yaitu UPT geriatri Jember dan Bondowoso.
- Peningkatan pengetahuan dan komitmen pemanfaatan fasilitas rujukan SISRUTE.

- Komitmen SDM dalam meningkatkan kualitas pelayanan, khususnya terkait waktu tunggu pelayanan.

Rencana Tindak Lanjut:

Rencana tindak lanjut dari kegiatan ini pada intinya adalah memperkuat jejaring pelayanan dengan cara :

- Meningkatkan pemanfaatan IT untuk menguatkan jejaring rujukan pasien.
- Memperluas jejaring yang memanfaatkan aplikasi SISRUTE.
- Meningkatkan kompetensi SDM pemberi pelayanan.
- Menjaga kualitas dan ketersediaan fungsi IT dalam pelayanan.

Efisiensi Sumber Daya

Kegiatan ini melibatkan banyak SDM dan dari beberapa unit kerja. Kondisi ini berdampak adanya peningkatan beban kerja SDM. Namun demikian masih dapat difasilitasi dengan ketersediaan SDM yang ada.

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

Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri merupakan persentase rata-rata peningkatan kompetensi RS yang diampu dalam layanan psikogeriatri berbasis rumah sakit sesuai dengan pedoman pengampuan psikogeriatri RSJRW. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.11 Capaian Tercapainya Peningkatan Kompetensi RS yang Diampu RSJRW dalam Layanan Psikogeriatri Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	30%	0%	0%	25%	32,52%	130,08%

Deskripsi Analisa:

Indikator ini tercapai yaitu 32,52% dari 25% yang ditargetkan. Indikator ini juga baru terealisasi pada tahun 2021, tahun 2020 kegiatan ini terkendala dengan adanya regulasi PPKM.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan telah terpenuhi dari output Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri melalui program kerja tahun 2021 yaitu monev dan intervensi lanjutan sesuai dengan capaian peningkatan kompetensi.

Capaian Tahun 2021 adalah 32,52% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam meningkatkan fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainya pada tahun-tahun yang akan datang.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia terdapat 33 Rumah Sakit Jiwa tersebar di seluruh provinsi, namun ada 8 provinsi yang belum memiliki rumah sakit jiwa yaitu Sulawesi Barat, Papua Barat, Maluku Utara, Banten, Kepulauan Riau, Nusa Tenggara Timur, dan Gorontalo. Dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan jiwa maka masih terbuka peluang kerjasama bagi rumah sakit / rumah sakit jiwa di daerah untuk mendapatkan kompetensi seperti RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Permasalahan:

- Kondisi pandemi yang sudah lebih baik, sehingga mobilitas sudah lebih leluasa.
- Adanya komunikasi dan koordinasi yang baik antara RSJ RW dan RS yang akan diampu (RS Dadi dan RSJ Sofifi)
- Komitmen yang bagus pemerintah Makasar dan Manado untuk upaya peningkatan kualitas pelayanan.
- Peran serta SDM yang sangat antusias untuk meningkatkan mutu pelayanan.

Rencana Tindak Lanjut:

Rencana tindak lanjut disesuaikan dengan matrik pengembangan pelayanan tahun 2022 Renstra 2020 – 2024, yaitu :

- Mendorong terpenuhinya kebutuhan sarana dan prasarana.
- Implementasi telemedicine untuk mempermudah komunikasi dan akses pelayanan.
- Monev implementasi aspek yang dijadikan sasaran pengampunan.

Efisiensi Sumber Daya

Kegiatan ini membutuhkan anggaran yang cukup besar, komponen terbesarnya adalah transportasi, mengingat jarak yang cukup jauh.

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

Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* merupakan jumlah unit kerja yang melakukan inovasi pelayanan dengan tujuan untuk meningkatkan

kualitas pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pelanggan dan orientasi kerja dan mengalami peningkatan dalam indikator *service excellent* (kepuasan pelanggan, peningkatan mutu layanan dan/atau peningkatan pendapatan). Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

Tabel 3.12 Capaian Jumlah Inovasi Pada Unit Kerja yang Berorientasi pada Service Excellent Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	2	4	200%	6	7	116,7%

Deskripsi Analisa:

Pada tahun 2021 tercatat ada 14 inovasi, yang sudah ditetapkan dalam Surat Keputusan Direktur Utama HK.02.03/XXVII/4809/2021 pada 29 Juli 2021

1. E Survei
2. a. Interkolaborasi Etik Hukum
b. Web Channel
3. Kolaborasi Pemantauan Realisasi
4. SIMPEL
5. Probity Audit Elektronik
6. a. Terdaftar tanpa cetak bukti daftar
b. Telemedicine
c. Klinik sore / Klinik eksekutif
d. KenALiKaPe2 (Kenali Insiden Keselamatan Px & Petugas)
e. ONE STOP "1&3S +1H"
f. B'Day Package
g. Paket Kesehatan Kerja Plus Foto Aura
h. Layanan Psikologi CBA
7. TRENGGINAS (Tertib, Responsif, Efektif-efisien, Menanggapi Pemeliharaan Kualitas Sarana-Prasarana)
8. KESAMBI (Kelola Sampah Secara Bijak)
9. Sistem Antrian Online
10. SIMON PBJ (Sistem Informasi Monitoring PBJ)
11. SIPEDE, Sistem Informasi Personal Elektronik Data Employee
12. Keamanan air mineral dengan E coli = 0

13. Greget 3M (Mari Saling Menjaga Saling Melindungi)

14. Rumahku

Sesuai pemantauan hingga Desember 2021 tercatat ada 7 Inovasi.

1. E-Survei
2. a. Interkolaborasi Etik Hukum
 - b. Web Channel
3. SIMPEL
4. a. Terdaftar tanpa cetak bukti daftar
 - b. Telemedicine
 - c. Klinik sore / Klinik eksekutif
 - d. KenALiKaPe2 (Kenali Insiden Keselamatan Px & Petugas)
5. KESAMBI (Kelola Sampah Secara Bijak)
6. Keamanan air mineral dengan E coli = 0
7. Sistem Antrian Online

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa telah terpenuhi dari output Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* melalui program kerja tahun 2021 yaitu memperluas inovasi pelayanan melalui kompetisi yang produktif.

Capaian Tahun 2021 terdapat 7 inovasi bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 12 inovasi maka kinerja dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan jiwa berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan

Pada tahun 2021 terjadi peningkatan jumlah inovasi yang terkelola dan tercatat dengan baik tercapai 116,7% dari target yang telah ditetapkan, inovasi yang telah dipresentasikan dan di SK kan tidak semua berjalan dan dikelola dengan baik sehingga capaian dan perkembangan inovasi tidak terukur dengan baik

Rencana Tindak Lanjut:

1. Melakukan telaah kembali untuk inovasi di tahun 2021 mana yang bisa dilanjutkan di tahun 2022 dan terkelola dengan baik
2. Menjaring inovasi baru yang relevan dengan kebutuhan dan kondisi terkini organisasi
3. Mendisiplinkan pengelolaan dan pemantauan inovasi
4. Merancang pemberian reward kepada unit kerja yang berhasil membuat dan mengelola inovasi dengan baik

Efisiensi Sumber Daya

Beberapa inovasi yang ada secara umum bertujuan untuk melakukan efisiensi pada seluruh sumber daya baik sumber daya manusia maupun sumber daya secara anggaran.

12) Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa

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

Tabel 3.13 Capaian Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	10%	0% (-16%)	0%	5%	5,68%	113,6%

Deskripsi Analisa:

Indikator ini mencapai target, yaitu 5,68% dari target 5% yang ditetapkan. Capaian ini sudah lebih baik dibandingkan tahun 2020. Namun jika dibandingkan tahun 2019 volume kunjungan masih belum sepenuhnya kembali membaik. Berikut Kami sampaikan data kunjungan pelayanan jiwa dalam 3 tahun terakhir :

2019 : 36.298

2020 : 30.675

2021 : 32.416

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa telah terpenuhi dari output Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa melalui program kerja tahun 2021 yaitu mewujudkan pelayanan yang terintegrasi yang berfokus pada efisiensi, meningkatkan produktifitas layanan subspecialistik sebagai revenue utama (psikogeriatric, psikiatri anak remaja, promotif preventif dalam kesehatan jiwa), menyediakan fasilitas, sarana prasarana untuk penanganan pandemi Covid-19 (menyediakan ruang isolasi covid-19), perluasan ruang tunggu sesuai protokol kesehatan, serta pemenuhan alkes penunjang pelayanan.

Capaian Tahun 2021 sebesar 5,68% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 10% maka kinerja dalam meningkatkan mutu layanan

kesehatan jiwa berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

Faktor pendukung tercapainya target indikator ini adalah :

- Perbaikan akses pelayanan, dengan adanya perbaikan kondisi pandemi.
- Upaya promosi dan marketing yang sangat menunjang pelayanan.
- Adanya inovasi pelayanan klinik Pro Health.
- Komitmen peningkatan mutu pelayanan.
- Komitmen dan loyalitas SDM pemberi pelayanan

Rencana Tindak Lanjut:

Upaya tindak lanjut dari indikator ini pada prinsipnya adalah peningkatan produktifitas dan kemanfaatan pada msyarakat, beberapa upaya yang akan dilakukan adalah :

- Menambah inovasi pelayanan yaitu pelayanan home care dan telemedicine
- Peningkatan kompetensi SDM
- Perbaikan sarana prasarana
- Peningkatan kenyamanan dan keamanan pengunjung RSJ RW

Efisiensi Sumber Daya

Kegiatan ini melibatkan banyak SDM dan dari beberapa unit kerja. Kondisi ini berdampak adanya peningkatan beban kerja SDM. Namun demikian masih dapat difasilitasi dengan ketersediaan SDM yang ada.

13) Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja

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

Tabel 3.14 Capaian Persentase Perilaku Pegawai sesuai Budaya Kinerja Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	70%	90%	128,57%	75%	88,9%	118%

Deskripsi Analisa:

Indikator persentase perilaku pegawai sesuai dengan budaya kinerja tercapai 88,9% dari target 75% sehingga prosentase capaian 118%. Realisasi capaian persentase perilaku pegawai sesuai dengan budaya kinerja sedikit mengalami penurunan dibanding capaian tahun 2020, antara lain disebabkan perbedaan kuisisioner yang digunakan sehingga mempengaruhi capaian akhir.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan telah terpenuhi dari output Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja melalui program kerja tahun 2021 yaitu internalisasi budaya kinerja pegawai, peningkatan motivasi pegawai dalam berinovasi, serta memberikan vaksinasi kepada seluruh pegawai RS.

Capaian Tahun 2021 sebesar 88,90% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 90% maka kinerja dalam mewujudkan transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

Faktor yang menyebabkan penurunan ketercapaian tersebut :

- a. Survey yang digunakan untuk tahun ini berbeda dengan tahun lalu sehingga mempengaruhi capaian akhir
- b. Pada unsur profesional, kreatif dan inovatif tercapai 80% sedangkan unsur lainnya diatas 80%
- c. Belum optimalnya internalisasi budaya kerja

Rencana Tindak Lanjut:

- a. Penguatan Internalisasi budaya kerja melalui mengaktifkan kembali AoC
- b. Meningkatkan kompetensi AoC dan *Change leader* melalui pelatihan
- c. Meningkatkan *sense of belonging* setiap pegawai dengan program *reward* dan konsekuensi, capacity buiding.

14) Tercapainya indikator mutu unit kerja

Tercapainya indikator mutu unit kerja merupakan indikator yang ditetapkan untuk menentukan keberhasilan capaian target mutu layanan pada unit kerja. Adapun capaiannya sebagai berikut:

Tabel 3.15 Capaian Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya indikator mutu unit kerja	90%	80,7%	89,67%	90%	92%	102%

Deskripsi Analisa:

Capaian dari indikator tercapainya indikator mutu unit kerja pada tahun 2021 adalah 92%. Realisasi dari capaian indikator ini sudah tercapai di atas target yang ditetapkan yaitu 90%. Realisasi tercapainya indikator mutu unit kerja tahun 2021 ini, lebih baik jika dibandingkan dengan capaian tahun 2020 yaitu 89,67% dan tidak mencapai target yang telah ditetapkan pada tahun 2020.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan telah terpenuhi dari output Tercapainya indikator mutu unit kerja melalui program kerja tahun 2021 yaitu implementasi dan *monev* pelaksanaan indikator mutu serta optimalisasi peran *champion* mutu sebagai *role model* dalam pencapaian indikator mutu.

Capaian Tahun 2021 sebesar 92% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam mewujudkan transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

- Indikator tercapainya indikator mutu unit kerja merupakan akumulasi dari capaian indikator mutu seluruh unit kerja sehingga faktor pendukung tercapai atau tidaknya indikator mutu ini sangatlah beragam sesuai dengan indikator mutu masing-masing unit kerja.
- Setiap indikator mutu dari unit kerja tersebut memiliki faktor pendukung maupun faktor penghambat dalam pencapaian target indikator mutu tersebut sesuai dengan karakteristik setiap indikator mutu unit kerja
- Untuk indikator mutu dari unit kerja yang tidak tercapai harus segera di cari akar permasalahannya agar tidak mengganggu pencapaian target indikator mutu rumah sakit yang telah ditetapkan.

Rencana Tindak Lanjut:

- Agar indikator tercapainya indikator mutu unit kerja dapat mencapai target yang telah ditetapkan maka, setiap unit kerja yang indikator mutunya tidak tercapai harus melakukan analisa penyebab ketidaktercapaiannya indikator mutu tersebut.
- Melakukan upaya-upaya untuk memperbaiki hal-hal yang menjadi penyebab tidak tercapainya indikator mutu unit kerja

15) Terakreditasi Internasional

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

Tabel 3.16 Capaian Terakreditasi Internasional Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	100%	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasiona	100%

Deskripsi Analisa:

Pada tahun 2021 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang masih tetap memegang sertifikat terakreditasi internasional. Rumah sakit tetap berkomitmen dalam menjaga mutu dan keselamatan pasien dengan cara selalu memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan sesuai standart yang telah ditetapkan.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan telah terpenuhi dari output Terakreditasi Internasional melalui program kerja tahun 2021 yaitu persiapan pelaksanaan survey verifikasi internasional serta perbaikan mutu berkelanjutan.

Capaian Tahun 2021 yaitu verifikasi internasional bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah verifikasi internasional maka kinerja dalam mewujudkan transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

- Pada tahun 2020 dan 2021 tidak dilakukan survey verifikasi internasional karena adanya pandemi covid-19 hal ini mengacu pada :

- Surat Edaran No HK. 02.01/MENKES/455/2020 tentang Perizinan Dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemic Corona Virus Disease 2019 (Covid-19)
- Surat Edaran No. 602/SE/KARS/VII/2020 tentang Dukungan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Kepada Rumah Sakit Dalam Penanggulangan Covid-19

Rencana Tindak Lanjut:

Meskipun tidak dilakukan survei akreditasi karena adanya pandemi *Corona Virus Disease* 2019 namun rumah sakit tetap berkomitmen untuk :

- Menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- Menjaga mutu dan keselamatan pasien dalam memberikan pelayanan dan asuhan sesuai standart yang telah ditetapkan

16) Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT

Modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT merupakan pengembangan teknologi informasi secara terintegrasi untuk menunjang mutu efisiensi dan efektivitas pelayanan. Adapun capaiannya sebagai berikut:

Tabel 3.17 Capaian Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	1 Paket	1 Paket	100%	2 paket	2 Paket	100%

Deskripsi Analisa:

Capaian indikator Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT pada tahun 2021 tercapai 100%. 2 Paket tersebut diantaranya adalah BIOS dan Antrian Online.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Tercapainya sistem IT yang terintegrasi telah terpenuhi dari output Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT melalui program kerja tahun 2021 yaitu pengembangan dan pemeliharaan sarana IT, SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik, modernisasi pengelolaan BLU (*Office Automation*), sistem keuangan akuntansi, serta penerapan IT *Security*.

Capaian Tahun 2021 adalah 2 paket bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 5 paket maka kinerja dalam mencapai sistem IT yang

terintegrasi berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

Indikator tersebut dapat tercapai karena SDM yang memenuhi dan infrastruktur yang mendukung. Namun dalam pelaksanaannya komunikasi lintas unit koordinasi kurang optimal.

Rencana Tindak Lanjut:

Melakukan koordinasi lintas unit melalui koordinator setiap unit kerja terkait dan pemenuhan kemampuan sdm sesuai perkembangan teknologi yang terbaru, serta pemenuhan infrastruktur yang mendukung setiap kegiatan.

Efisiensi Sumber Daya:

Penerapan teknologi informasi bagi perusahaan adalah untuk mendapatkan rantai nilai dari teknologi informasi yang bermanfaat dalam semua aspek bisnis yang berorientasi kepada peningkatan efektivitas, efisiensi dan produktivitas karyawan dan perusahaan untuk mendapatkan margin yang telah ditargetkan dengan resiko dan biaya yang seminimal mungkin.

17) OEE (Overall Equipment Effectiveness)

OEE (Overall Equipment Effectiveness) adalah suatu cara untuk mengukur kinerja mesin produksi dalam penerapan program TPM (Total Productive Maintenance). OEE adalah total pengukuran terhadap performance yang berhubungan dengan availability, proses produktivitas dan kualitas. Dalam bahasa Indonesia, OEE adalah efektifitas peralatan secara keseluruhan. Nilai OEE yang dimaksud adalah rata-rata nilai dari keseluruhan alat yang dihitung OEE nya.

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

Tabel 3.18 Capaian OEE (Overall Equipment Effectiveness) Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%	70,39%	82,81%	85%	87,03%	102,03%

Deskripsi Analisa:

Realisasi capaian Indikator OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) pada tahun 2021 tercapai 87,03% atau tercapai 102,38% dari target 85%.

Tabel 3.19. Capaian OEE Semester I tahun 2021

NO	OEE	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Rata-rata semester I
1	Alat kesehatan : CT Scan	85%	92,36%	97,89%	97,18%	97,60%	97,97%	97,09%	96,68%
2	IPAL	85%	83,96%	72,34%	70,76%	64,88%	64,88%	60,64%	69,58%
3	Genset 500 KVA	85%	92,19%	92,19%	92,19%	92,19%	92,19%	92,19%	92,19%
4	Mesin Pengering	85%	81,10%	91,80%	81,2%	81,20%	90,40%	85,50%	86,00%
5	Mesin Cuci	85%	91,00%	92,10%	91,3%	95,30%	95,20%	85,20%	91,76%
6	Mesin Seterika	85%	72,50%	83,70%	75,1%	81,60%	90,90%	87,40%	83,22%
7	Boiler	85%	77,00%	76,10%	87,5%	87,50%	76,50%	79,20%	79,26%
	Rata-rata		84,30%	86,59%	86,71%	85,75%	86,86%	83,89%	85,53%

Tabel 3.20 Capaian OEE Semester II tahun 2021

NO	OEE	TARGET	Jul	Agt	Sep	Okt	Nop	Des	Rata-rata semester II
1	Alat kesehatan : CT Scan	85%	98,51%	98,51%	98,51%	98,51%	98,51%	97,45%	98,33%
2	Alat kesehatan : SWD Fisioterapi	85%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%
3	IPAL	85%	67,23%	67,23%	67,23%	68,19%	78,11%	81,84%	71,64%
4	Genset 500 KVA	85%	85,70%	91,37%	87,18%	85,07%	92,45%	90,75%	88,75%
5	Mesin Pengering	85%	82,20%	89,10%	82,20%	92,10%	88,60%	88,60%	87,13%
6	Mesin Cuci	85%	89,90%	93,90%	88,50%	90,60%	92,70%	92,70%	91,38%
7	Mesin Seterika	85%	86,50%	87,30%	91,30%	93,70%	90,80%	90,80%	90,07%
8	Boiler	85%	79,60%	90,00%	79,60%	88,00%	88,50%	88,50%	85,70%
	Rata-rata		85,68%	89,16%	86,29%	89,00%	90,69%	90,34%	88,53%

Perhitungan rata-rata pencapaian OEE Alat Kesehatan terdiri CT-Scan dengan capaian OEE tahun 2021 sebesar 97,05% dan SWD Fisioterapi dengan OEE sebesar 95,83% maka telah dicapai rata-rata OEE untuk alat kesehatan sebesar 96,66%. Sedangkan perhitungan rata-rata pencapaian OEE mesin di instalasi binatu tahun 2021 terdiri dari mesin

cuci sebesar 91,57%, mesin pengering sebesar 86,56%, Mesin setrika sebesar 86,7%, dan Mesin steam boiler sebesar 82,48% maka telah dicapai rata-rata untuk mesin-mesin binatu OEE tahun 2021 sebesar 86,82%. Sedangkan untuk genset 500 KVA capaian OEE pada tahun 2021 sebesar 90,47% dan IPAL sebesar 70,61%.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset telah terpenuhi dari output OEE (Overall Equipment Effectiveness) melalui program kerja tahun 2021 yaitu pelaksanaan dan monev peralatan alkes, maintenance fungsi peralatan RS dan alkes, identifikasi kebutuhan alat dan alkes melalui HTA, serta monev sistem manajemen peralatan dan alkes menggunakan teknologi informasi.

Capaian Tahun 2021 sebesar 87,03% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah 85% maka kinerja dalam meningkatkan kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

Sebagian besar alat-alat baik alkes maupun non alkes, indikator OEE tercapai melebihi target yang ditetapkan, hanya capaian untuk OEE IPAL yang tidak mencapai target 85%, hal ini disebabkan oleh penurunan debit limbah, Terjadi penurunan jumlah pasien ranap dan kapasitas tempat tidur yang semula 700 bed, turun menjadi 400 bed, sehingga limbah yang dihasilkan relatif menurun.

18) Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan

Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan merupakan proses kerja dalam manajemen aset yang bertujuan untuk mengoptimalkan potensi fisik (tanah), jumlah, legal, dan nilai ekonomi yang dimiliki aset tersebut untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan. Berikut merupakan capaiannya:

Tabel 3.21 Capaian Persentase Pemanfaatan Aset untuk Meningkatkan Mutu Layanan dan Pendapatan Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	10%	14,22%	142,2%	100%	100%	100%

Deskripsi Analisa:

Capaian pada tahun 2020 masih menggunakan DO lama, pada tahun 2021 dilakukan revisi DO. Pada tahun 2021 terdapat penetapan tarif dan 1 (satu) KSO/KSM baru untuk pemanfaatan asset yaitu dengan CV Rizki Akbar Mandiri.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset telah terpenuhi dari output Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan melalui program kerja tahun 2021 yaitu pelaksanaan dan monev pemanfaatan asset kerjasama pihak ketiga dengan melibatkan rehabilitasi untuk meningkatkan mutu pelayanan dan pendapatan, serta remapping aset dan pengkajian ulang.

Capaian Tahun 2021 yaitu 100% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah 100% maka kinerja dalam meningkatkan kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

Pendapatan dari sisi pemanfaatan asset belum optimal / masih jauh dari optimal

Rencana Tindak Lanjut:

Diupayakan melakukan promosi untuk pemanfaatan aset dan perlu di bentuk unit bisnis

Efisiensi Sumber Daya

Pelayanan ini memerlukan tenaga yang professional di bidang pemanfaatan aset

19) Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar

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

Tabel 3.22 Capaian Persentase Kompetensi Pegawai yang Sesuai Standar Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	80%	93,32%	116,65%	85%	93,30%	109,8%

Deskripsi Analisa:

Indikator persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar tercapai 93,30% dari target 85% sehingga prosentase capaian 109,8%. Realisasi capaian indikator mutu persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar pada tahun 2021 sama dengan capaian pada tahun 2020 yaitu 93,3% namun perbedaannya pada target tahun 2021 lebih besar yaitu 85%.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas telah terpenuhi dari output Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar melalui program kerja tahun 2021 yaitu evaluasi terhadap jumlah dan kompetensi pegawai, pelaksanaan diklat menutup gap kompetensi sesuai arah pengembangan SDM, serta evaluasi penempatan pegawai sesuai kompetensi.

Capaian Tahun 2021 sebesar 93,30% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam meningkatkan kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

- Adanya peningkatan kompetensi SDM melalui diklat-diklat jabatan fungsional dan pelatihan dasar bagi calon PNS
- Dari segi Pendidikan, banyak pegawai yang meningkatkan kompetensi melalui Pendidikan, CPNS yang baru juga sudah memiliki kompetensi sesuai standar yang ditetapkan

Rencana Tindak Lanjut:

- Merencanakan program pengembangan kompetensi sesuai standar kompetensi dan arah pengembangan RS
- Program pengembangan dikemas dalam *in house training* agar mencapai sasaran peserta yang lebih banyak

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

Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar adalah pegawai yang memperoleh nilai baik dalam penilaian kualitas dan perilaku kinerja. Adapun capainnya sebagai berikut:

Tabel 3.23 Capaian Persentase Hasil Penilaian Komponen Kualitas dan Perilaku Kinerja Sesuai Standar Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	70%	90%	128,57%	75%	99,87%	133,16%

Deskripsi Analisa:

Indikator Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar tercapai 99,87% dari target 75% sehingga prosentase capaian 133,16%. Realisasi capaian persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar lebih baik pada tahun 2021 dibandingkan tahun 2020.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas telah terpenuhi dari output Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar melalui program kerja tahun 2021 yaitu pembinaan pegawai melalui kegiatan peningkatan kompetensi *leadership* serta pengembangan teknologi informasi untuk menentukan strategi intervensi pegawai.

Capaian Tahun 2021 yaitu 99,87% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah 90% maka kinerja dalam meningkatkan kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

- Penilaian komponen kualitas tahun 2021 lebih spesifik menyertakan tugas-tugas tambahan sehingga bisa dievaluasi secara detail
- Penilaian komponen perilaku tahun 2021 lebih detail dalam menilai kehadiran, kehandalan, sikap dan etika

Rencana Tindak Lanjut:

- Evaluasi format penilaian kinerja secara berkala
- Penerapan *reward* dan *punishment* untuk mendorong perilaku kerja yang baik
- Menyelenggarakan kegiatan *capacity building* untuk meningkatkan perilaku kerja pegawai

21) Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal merupakan persentase kasus rujukan melalui sistrute yang memiliki respon time kurang dari 1 jam. Pada tahun 2020 indikator tersebut tidak terdapat dalam perjanjian kinerja. Adapaun capain pada tahun 2021 sebagai berikut:

Tabel 3.24 Capaian Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Belum ada dalam perjanjian kinerja			60%	75,29%	125,48%

Deskripsi Analisa:

- Capaian pada tahun 2021 ini melebihi target yang telah ditetapkan, yakni 125,48% dari target yang ditetapkan.
- Indikator ini belum ada dalam perjanjian kinerja tahun 2020.
- SISRUTE sudah berjalan sejak beberapa tahun sebelumnya, namun jaringan, kesulitan akses dari fasyankes perujuk dan sosialisasi yang kurang menyebabkan sistem ini tidak berjalan lancar di RSJRW. Pada tahun 2021 pemanfaatan SISRUTE telah disosialisasikan ulang di beberapa wilayah kerja Jawa Timur dan didukung oleh instansi terkait di Jawa Timur. Sehingga persentase pemanfaatan SISRUTE meningkat.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi telah terpenuhi dari output Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal melalui program kerja tahun 2021 yaitu sosialisasi pengoperasional sistrute, monitoring dan evaluasi pemanfaatan sistrute, serta monitoring dan evaluasi hardware dan jaringan.

Capaian Tahun 2021 sebesar 75,29% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Permasalahan:

Target Indikator Mutu persentase pelaksanaan SISRUTE di RS UPT vertikal pada tahun 2021 telah memenuhi target yang ditetapkan. Permasalahan yang dihadapi :

- Pada pelaksanaannya rujukan melalui SISRUTE kadang terkendala sistem yang kurang responsif.
- Notifikasi tidak terdengar saat ada rujukan masuk.
- Jaringan internet mengalami gangguan.
- Rujukan dikirim lebih dari 1 kali untuk pasien yang sama oleh fasyankes perujuk. Jam rujukan dibaca saat pertama pasien dirujuk, namun jam jawaban/respon dibaca saat terakhir merespon, sehingga terbaca waktu respon panjang.
- Dari eksternal, fasyankes perujuk tidak bisa mengakses SISRUTE. Bisa karena lupa username atau password, jaringan internet tidak memadai ataupun petugas yang terpapar sosialisasi telah mutasi dan petugas yang ada saat ini belum mendapatkan sosialisasi/memahami tentang SISRUTE.

Faktor pendukung :

- Saat ini kendala ini semakin berkurang dengan dukungan sarana dari Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit RSJRW.
- Disediakan komputer khusus untuk aplikasi SISRUTE.

Rencana Tindak Lanjut:

- Semua tenaga dokter dan keperawatan yang bertugas di IGD terpapar dengan SISRUTE.
- Koordinasi dengan Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit RSJRW untuk sarana pendukung terlaksananya SISRUTE di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat.
- Sosialisasi pemanfaatan SISRUTE.

Efisiensi Sumber Daya

Pada pelaksanaan SISRUTE :

- Bila semua SDM dokter dan keperawatan IGD terpapar dengan SISRUTE maka siapapun yang bertugas saat itu dapat merespon rujukan masuk SISRUTE.
- Ditempatkan komputer khusus yang mudah dijangkau petugas saat bekerja.
- Jaringan internet yang memadai

22) Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%

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

Tabel 3.25 Capaian Terwujudnya Pertumbuhan Pendapatan > 10% Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%	10%	-24,19%	0%	5%	34,90%	697,91%

Deskripsi Analisa:

Pendapatan Operasional meningkat dengan adanya penerimaan dari klaim Covid.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya pertumbuhan pendapatan telah terpenuhi dari output Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10% melalui program kerja tahun 2021 yaitu koordinasi optimalisasi peningkatan pendapatan dengan masing-masing direktorat, optimalisasi sistem pembiayaan pelayanan berbasis IT, serta peningkatan produktifitas pelayanan untuk meningkatkan pendapatan.

Capaian Tahun 2021 sebesar 34,90% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah 10% maka kinerja dalam mewujudkan pertumbuhan pendapatan telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

23) Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45%

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

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

Tabel 3.26 Capaian Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45% Tahun 2020 dan 2021

Indikator Kinerja	Tahun 2020			Tahun 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Rasio pendapatan PNPB	\geq 45%	43,15%	95,89%	\geq 45%	59,50%	132,23%

terhadap Biaya Operasional \geq 45%						
--	--	--	--	--	--	--

Deskripsi Analisa:

Pendapatan PNPB meningkat dengan adanya penerimaan dari klaim Covid. Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya efisiensi anggaran telah terpenuhi dari output Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional \geq 45% melalui program kerja tahun 2021 yaitu peningkatan produktifitas dan efisiensi.

Capaian Tahun 2021 adalah 9,50% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah \geq 45% maka kinerja dalam mewujudkan efisiensi anggaran telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Rencana Tindak Lanjut:

- Evaluasi tagihan secara berkala
- Koordinasi dengan unit terkait

3.1.2 Capaian Kinerja berdasarkan Kontrak Kinerja Tahun 2021

Tabel 3.27 Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan I – II Tahun 2021

No	Indikator	Standar Tw I	Triwulan I Tahun 2021				Standar Tw II	Triwulan II Tahun 2021				
			Target	Realisasi	Nilai Cn	Nilai CIn		Target	Realisasi	Nilai Cn	Nilai CIn	
1	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME)	25	75	100	120%	24%	50	100	100	120%	24%	
2	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	100	100	100	120%	24%	100	100	100	120%	24%	
3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis Safewards dan WHO-Quality Right	50%	55%	92,01%	120%	24%	60%	65%	92,03%	120%	24%	
4	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	50,52%	107,36%	21,47%	45%	45%	43,71%	98,28%	19,65%	
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	100%	100%	100%	20%	100%	100%	100%	100%	20%	
Total Capaian Kinerja (C)					113,47%		Total Capaian Kinerja (C)					111,65%
					Nilai (%)		30%		Nilai (%)			40%
					Nilai IKT		2,40		Nilai IKT			2,20

Tabel 3.28 Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan III – IV Tahun 2021

No	Indikator	Standar Tw III	Triwulan III Tahun 2021				Standar Tw IV	Triwulan IV Tahun 2021				
			Target	Realisasi	Nilai Cn	Nilai Cln		Target	Realisasi	Nilai Cn	Nilai Cln	
1	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME)	75	100	100	113,33%	22,67%	100	100	100	100%	20%	
2	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	100	100	100	120%	24%	100	100	100	100%	20%	
3	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis Safewards dan WHO-Quality Right	70%	75%	89,06%	114,11%	22,82%	80%	85%	91,15%	106,84%	21,37%	
4	Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	45%	45%	43,17%	97,56%	19,51%	45%	45%	60,57%	120,76%	24,15%	
5	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	100%	100%	100%	20%	100%	100%	100%	100%	20%	
			Total Capaian Kinerja (C)				109%	Total Capaian Kinerja (C)				105,52%
			Nilai (%)				50%	Nilai (%)				70%
			Nilai IKT				2,00	Nilai IKT				1,6

3.1.3 Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2021

Tabel 3.29 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Januari – Maret Tahun 2021

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Januari			Februari			Maret		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	93,86%	100	5	95,26%	100	5	94,30%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0,2%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	2,24%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Januari			Februari			Maret		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	95,83%	100	7	96,55%	100	7	100%	100	7
9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:27:23	100	2	2:06:17	100	2	2:04:52	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	27 menit	100	5	32 menit	100	5	32 menit	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	59 menit	100	5	24 menit	100	5	29 menit	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	57,16 menit	100	5	48,47 menit	100	5	50,5 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	38,53 menit	75	3,75	34,98 menit	75	3,75	33,17 menit	75	3,75
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80%	0,02	99,50%	100	2	97,40%	100	2	99,70%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	57,13%	100	10	44,7%	100	10	50,52%	100	10
Jumlah TS						98,75			98,75			98,75
Nilai IKI						2			2			2

Tabel 3.30 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan April – Juni Tahun 2021

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	April			Mei			Juni		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	96,78%	100	5	96,87%	100	5	96,39%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	1,71%	100	5	0%	100	5	0,63%	100	5
7	Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	April			Mei			Juni		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:19:18	100	2	2:18:44	100	2	02:22:04	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	26 menit	100	5	27 menit	100	5	27 menit	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	23 menit	100	5	13 menit	100	5	22 menit	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	47,68 menit	100	5	46,55 menit	100	5	60 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	28,81 menit	100	55	29,82 menit	100	5	27,67 menit	100	5
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80%	0,02	100%	100	2	100%	100	2	100%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	46,61%	100	10	46,95%	100	10	43,71%	100	10
Jumlah TS						100			100			100
Nilai IKI						2			2			2

Tabel 3.31 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Juli – September Tahun 2021

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Juli			Agustus			September		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	92,37%	100	5	92,88%	100	5	95,22%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	0,18%	100	5	0%	100	5	0,48%	100	5
7	Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Juli			Agustus			September		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:41:06	100	2	2:25:10	100	2	02:15:07	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	27 menit	100	5	27 menit	100	5	23 menit	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	10 menit	100	5	11 menit	100	5	9 menit	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	86,90 menit	100	5	84,4 menit	100	5	83,4 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	23,14 menit	100	55	25,48 menit	100	5	27,89 menit	100	5
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80%	0,02	100%	100	2	100%	100	2	100%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	46,12%	100	10	44,55%	100	10	43,00%	100	10
Jumlah TS						100			100			100
Nilai IKI						2			2			2

Tabel 3.32 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Oktober – Desember Tahun 2021

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Oktober			November			Desember		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	95,88%	100	5	95,29%	100	5	95,52%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0,35%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	0,88%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Oktober			November			Desember		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:24:35	100	2	2:21:51	100	2	01:59:49	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	23 menit	100	5	23 menit	100	5	24 menit	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	8 menit	100	5	1 jam 24 menit	100	5	2 jam 31 menit	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	85,9 menit	100	5	88,8 menit	100	5	95,1 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	26,31 menit	100	55	23,79 menit	100	5	23,56 menit	100	5
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80%	0,02	100%	100	2	100%	100	2	100%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBP Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	48,04%	100	10	55,90%	100	10	59,50%	100	10
Jumlah TS						100			100			100
Nilai IKI						2			2			2

3.1.4 Capaian Tingkat Kesehatan Rumah Sakit Tahun 2021

a. Aspek Keuangan

Tabel 3.33 Capaian Aspek Keuangan

No	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Tahun 2021	
			Haper	Nilai Riil
1	Rasio Keuangan	19		12,55
	a. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2,25	5.144,17%	0,5
	b. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,75	12.110,17%	2,75
	c. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Periode</i>)	2,25	20 hari	2,25
	d. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2,25	9,35%	0,75
	e. Imbalan atas aset Tetap (<i>Return of Fixed Asset</i>)	2,25	1,8%	1
	f. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Enquity</i>)	2,25	1,9%	0,85
	g. Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turn Over</i>)	2,25	20 hari	1,25
	h. Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional	2,75	59,50%	2,75
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	11		11
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif)	2	Sesuai	2
	b. Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2	Sesuai disampaikan tepat waktu	2
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	Sesuai disampaikan tepat waktu	2
	d. Tarif Layanan	1	Ada	1
	e. Sistem Akuntansi	1	Sesuai	1
	f. Persetujuan rekening	0,5	Ada	0,5
	g. SOP Pengelolaan Kas	0,5	Ada	0,5
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0,5	Ada	0,5
	i. SOP Pengelolaan Utang	0,5	Ada	0,5
	j. SOP pengadaan Barang dan Jasa	0,5	Ada	0,5
	k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	Ada	0,5
	Jumlah Skor Aspek Keuangan			23,10

b. Aspek Pelayanan

Tabel 3.34 Capaian Aspek Pelayanan

No	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Tahun 2021	
			Haper	Nilai Riil
1	Layanan			
	a. Pertumbuhan produktifitas	19		11,25

No	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Tahun 2021	
			Haper	Nilai Riil
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	2	0,95	1,25
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	2	1,08	1,5
	3) Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	2	0,95	1
	4) Pertumbuhan pemeriksaan radiologi	2	1,41	2
	5) Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium	2	1,40	2
	6) Pertumbuhan psikoterapi/ECT	2	0,58	0
	7) Pertumbuhan rehab medik	2	0,44	0
	8) Pertumbuhan peserta didik pendidikan kedokteran	2	1,90	2
	9) Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan	2	1,00	1,5
	b. Efektifitas Pelayanan	14		12,5
	1) Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan	2	99,72%	2
	2) Pengembalian rekam medik	2	99,34%	2
	3) Angka pembatalan operasi/ECT	2	0%	2
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	0%	2
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	98,85%	2
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	0,89	2
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	43,45%	0,5
	c. Pertumbuhan Pembelajaran	3		3
	1) Rata-rata jam pelatihan/karyawan	1	1,66 jam	1
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	100%	1
	3) Program reward and punishment	1	Ada dilaksanakan	1
2	Mutu dan manfaat kepada masyarakat			
	a. Mutu Pelayanan	14		12,5
	1) Emergency Response Time Rate	2	1,55 menit	2
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	26,58 menit	2
	3) Length of stay	2	25,87	1,5
	4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	28,60 menit	1
	5) Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	2	0,5 hari	2
	6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	1,13 jam	2

No	Sub Aspek/ Kelompok Indikator/ Indikator	Skor	Tahun 2021	
			Haper	Nilai Riil
	7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	0,62 jam	2
	b. Mutu Klinik	12		12
	1) Angka kematian di gawat darurat	2	0,16%	2
	2) Angka kematian/kebutaan ≥ 48 jam	2	0,70%	2
	3) Post Operative Death Rate (ECT)	2	0%	2
	4) Angka infeksi nosokomial			
	- Luka fiksasi	1	0%	1
	- Dermatomikosis	1	0,03%	1
	- Scabies dan pedikulosis	1	0%	1
	- Postural hipotensi	1	0%	1
	5) Angka kematian ibu di rumah sakit	2	0%	2
	c. Kepedulian kepada masyarakat	4		4
	1) Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	1	Ada program dilaksanakan	1
	2) Penyuluhan Kesehatan	1	Ada program dilaksanakan	1
	3) Rasio tempat tidur kelas III	2	50,17%	2
	d. Kepuasan Pelanggan	2		1,87
	1) Penanganan Pengaduan/komplain	1	100%	1
	2) Kepuasan Pelanggan	1	86,60%	0,87
	e. Kepedulian terhadap lingkungan	3		2,6
	1) Kebersihan lingkungan (program RS Berseri)	2	9490	2
	2) Proper lingkungan	1	Biru semua	0,6
	Jumlah skor aspek pelayanan			59,72
	Jumlah Total			82,82
	Kriteria			Baik AA

3.1.5 Capaian Indikator Mutu Unit Kerja

Tabel 3.35 Capaian Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2021

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
DIREKTORAT PELAYANAN MEDIK, KEPERAWATAN DAN PENUNJANG				
Sub Koordinator Pelayanan Medik	1	Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa	5%	4,59%
	2	Kepatuhan Waktu Visite Dokter Penanggung Jawab Pelayanan/DPJP	80%	93,81%
	3	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	80%	93,33%
	4	Kegagalan Dropping penderita	≤ 5%	0
	5	Pengumpulan laporan tepat waktu (tiap tanggal 5)	100%	100%
Sub Koordinator Pelayanan Keperawatan	6	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0%
	7	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UIP	≤ 1,5 %	0%
	8	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤ 5%	2,56%
	9	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UIP	≥ 95%	100%
	10	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	100%
	11	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	12	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	≤ 240 menit	2 jam 3 menit
	13	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 menit	26 Menit
	14	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan	skor = 2	skor = 1
	15	Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat	skor = 2	skor = 1
	16	Pertumbuhan hari perawatan rawat inap	skor = 2	skor = 0
	17	Respon Time Layanan Gawat Darurat / <i>Emergency Respon Time Rate</i>	skor = 2	3 menit 50 detik
	18	Angka Pasien Lari Gawat Darurat	skor = 2	0
	19	<i>Nett Death Rate (NDR)</i>	≤ 24‰	0,09%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	20	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%	0%
	21	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Inap Tepat Waktu	100%	0%
	22	Monitoring Kegiatan MPP Sesuai Pedoman	100%	0%
	23	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%	0
	24	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	25	Reasesmen risiko	100%	100%
	26	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	27	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5 %	0,71%
	28	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	83,33%
	29	Kejadian Pasien Lari	0	0,19%
	30	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100,00%
	31	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut Dalam Waktu ≤ 7 Hari	≥ 85 %	87,88%
	32	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut	100%	100,00%
	33	<i>Bed Occupancy Rate</i>	70-80%	51,01%
	34	Length of Stay (LOS)	< 28 hari	28,03
	35	Rasio Tempat Tidur Kelas III	skor = 2	skor = 2
	36	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis <i>Safeward</i> dan WHO	80%	92%
	37	Prosentase notifikasi EWS yang ditindaklanjuti	100%	100%
Klinik Kesehatan Jiwa	38	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	39	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	22 mnt
	40	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
Klinik Umum	41	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	42	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	41 mnt

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	43	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
Klinik Sub-Spesialistik	44	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	45	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	29 mnt
	46	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup.	10%	33,06%
	47	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
	48	Pelaksanaan Assesmen Awal Gangguan Pertumbuhan Perkembangan Masa Kanak	100%	100%
	49	Manajemen Risiko Mal Nutrisi Pada Anak	100%	100%
	50	Peningkatan Proporsi Anak Dan Remaja Yang Mengalami Perbaikan Klinis Yang Terukur Selama 1 Bulan	≥80%	83,08%
Klinik Gigi	51	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	52	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	-
	53	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100%
	54	Ketepatan Sisi dalam Tindakan Pencabutan Gigi	100%	100%
	55	Proporsi Kunjungan Promotif Preventif Kesehatan Gigi Dan Mulut	≥ 30%	50%
Klinik Fisioterapi	56	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	57	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	≤ 60 mnt	18 mnt
	58	Penerapan Edukasi Pasien Rehabilitasi Medik	100%	100%
Klinik Psikologi	59	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	60	Waktu Tunggu di Rawat Jalan	-	-
	61	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	57%
	62	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual ≤ 2 Hari	≥ 90 %	100%
	63	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal ≤ 7 Hari	100%	100%
IPCU	64	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0
	65	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	66	Nett Death Rate (NDR)	≤ 24‰	0

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	67	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥ 95%	100%
	68	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤ 1,5 %	0
	69	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	100%
	70	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	-
	71	Reasesmen Risiko	100%	100%
	72	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	73	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut Dalam Waktu ≤ 7 Hari	≥ 85 %	91,15%
	74	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5 %	0
	75	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
	76	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	77	Kejadian Pasien Lari	0%	0
	78	Prosentase Notifikasi EWS yang Ditindaklanjuti	100%	100%
Ruang Perawatan Fisik dengan Komorbid Jiwa	79	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0
	80	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	81	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰	0
	82	Infeksi aliran darah perifer	≤ 5%	0,13
	83	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	100%	100%
	84	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	85	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	100%
	86	Reasesmen Risiko	100%	100%
	87	Kejadian Reaksi Transfusi	0,01%	0
	88	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5 %	0

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	89	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
	90	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	91	Kejadian Pasien Lari	0%	0
	92	Prosentase Notifikasi EWS yang Ditindaklanjuti	100%	100%
Ruang Rawat Inap Psikiatri	93	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0
	94	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	95	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰	1,04%
	96	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	97	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	100%	100%
	98	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	99	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	100%
	100	Reasesmen Risiko	100%	100%
	101	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
	102	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5 %	0,99%
	103	Kejadian Pasien Lari	0	0,05%
104	Prosentase Notifikasi EWS yang Ditindaklanjuti	100%	100%	
Ruang Rawat Inap Fisik Non Psikiatri	105	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0
	106	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	107	<i>Nett Death Rate</i> (NDR)	≤ 24‰	1,0%
	108	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤ 5%	0,6%
	109	Asesmen Awal Pasien Rawat Inap	100%	100%
	110	Kejadian Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri/Voluntary Admission	≤ 5%	0,025
	111	Edukasi Risiko Medis pada Pasien Pulang Atas Permintaan Sendiri	100%	100%
	112	Reasesmen Risiko	100%	100%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	113	Kejadian Reaksi Transfusi	0	0
	114	Kejadian Pasien Lari	0	0,001
	115	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100%
	116	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	117	Prosentase Notifikasi EWS yang Ditindaklanjuti	100%	100%
Instalasi Gawat Darurat	118	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	119	Peningkatan Proporsi Jumlah Pasien Yang Dirujuk Oleh Jejaring Kemitraan	50%	67,84%
	120	<i>Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)</i>	≤ 240 menit	124 mnt
	121	Respon Time Layanan Gawat Darurat / <i>Emergency Respon Time Rate</i>	5 menit	2 mnt, 9 dtk
	122	Kematian Pasien ≤ 8 Jam di Ruang Gawat Darurat	0%	0,0018%
	123	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	-
	124	Pelaksanaan pengisian assesmen awal kunjungan pasien PONEK di IGD	100%	-
	125	Pelaksanaan pemeriksaan penunjang pada kunjungan pasien psikogeriatri yang rawat inap	100%	-
Instalasi Psikogeriatri	126	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0
	127	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	128	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	10%	6,5%
	129	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	2%	5,8%
	130	Peningkatan Status Fungsional Pasien rawat Inap Psikogeriatri	≥ 80%	97,5%
	131	Peningkatan Kualitas Hidup Pasien Rawat Inap Psikogeriatri	≥ 80%	92,84%
	132	Waktu Tunggu Layanan Day Care Psikogeriatri	< 60 menit	tdk ada layanan

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	133	Angka Rehospitalisasi Pasien Rawat Inap Psikogeriatric	<15%	5,63%
	134	Tercapainya Koordinasi Pembangunan Satu Kota Ramah Lansia 10% per bulan	100%	-
	135	Terlaksananya Proses Pengampunan Terhadap Rumah Sakit Jejaring di Bidang Psikogeriatric 1 kali per bulan	100%	-
	136	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
	137	Kejadian Pasien Lari	0%	0,05%
	138	Persentase tempat tidur di ranap psikogeriatric sesuai standar	100%	41,91%
	139	Lama Rawat Inap Pasien Psikogeriatric dengan Komorbiditas Penyakit Fisik \leq 6 Minggu	\geq 80%	100%
	140	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatric	25%	32,52%
Sub Koordinator Pelayanan Penunjang Medik	141	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	80%	95,52%
	142	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	\leq 30 Menit	28 mnt 23 dtk
	143	Penulisan resep sesuai Formularium	\geq 90%	98,45%
	144	Pemenuhan Kebutuhan Operasional Layanan Penunjang Medik 100%	100%	100%
Instalasi Gizi	145	Ketepatan Waktu Pemberian Makanan Kepada Pasien	100%	100%
	146	Ketepatan Pemberian Diet	100%	100%
	147	Kepuasan Pelanggan Metode Food Waste	>85%	100%
Instalasi Farmasi	148	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	\geq 90%	95,05%
	149	Waktu Tunggu pelayanan Resep Obat Jadi	\leq 30 menit	28,53 menit
	150	Penulisan resep sesuai Formularium	skor = 2	skor = 2
	151	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	\leq 60 menit	53,75 menit

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	152	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%	100%
	153	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluwarsa di Tempat Pelayanan	100%	100%
	154	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%	81,25%
Instalasi Pemulihan Ketergantungan Napza	155	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤ 3%	0
	156	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	157	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥ 50 %	96%
	158	Detoksifikasi Napza tercapai dalam waktu lama detoksifikasi ≤ 2 minggu	≥ 95%	100%
	159	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
Instalasi Bedah	160	Penandaan Lokasi Operasi	100%	100%
	161	Asesmen Prasedasi dan Pra-anestesi	100%	100%
	162	Kematian di Meja Operasi	0	-
	163	Pelaksanaan <i>Surgical Safety Check List</i>	100%	100%
	164	Pelaksanaan Asesmen Awal Pra Bedah	100%	100%
	165	Tidak adanya kejadian salah Sisi	100%	100%
	166	Waktu Tunggu Operasi Elektif < 2 hari	100%	100%
	167	Pemantauan Ketidaksesuaian Diagnosis Pre dan Post Anestesi	100%	100%
	168	Evaluasi Ulang Jika Terjadi Konversi Tindakan Dari Anestesi Lokal/Regional Ke General	100%	100%
	169	Pelaksanaan Monitoring Status Fisiologis selama Anestesi	100%	100%
	170	Pelaksanaan Monitoring Proses Pemulihan Anestesi dan Sedasi Dalam	100%	100%
Sub Koordinator Pelayanan Penunjang Non Medik	171	Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	100%
	172	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT	skor = 2	skor = 0
	173	Angka Pembatalan Operasi/ECT	skor = 2 (≤ 1%)	0%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	174	Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	≤ 20 menit	5 mnt
	175	<i>Post Operative Death Rate</i> (ECT)	skor = 2	skor = 2
	176	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi	≤ 3 Jam/180 menit	100%
	177	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	skor = 2	skor = 2
	178	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	0%	0%
	179	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	69,57 mnt
	180	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	skor = 2	skor = 2
	181	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	≤1%	0,8%
	182	Penyelenggaraan Rekam medis Elektronik (RME)	100%	100%
	183	Kelengkapan Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	100%	99,88%
	184	Pengembalian Rekam Medik	100%	98,74%
	185	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	100%	98,16%
	186	Pertumbuhan Rehab Medik	skor = 2	skor = 0
	187	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	100% / skor = 1	492%
	188	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥ 90 %	101,56%
	189	Pengumpulan laporan kegiatan pelayanan penunjang tepat waktu (tiap tanggal 5)	100%	100%
Instalasi Keswamas dan PKRS	190	Pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain	100% / skor = 1	492%
	191	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Rumah Sakit	≥ 90 %	101,56%
	192	Pelaksanaan pelatihan keterampilan melakukan pemeriksaan Ubbreviated Mental Test (AMT), Geriatric Depression Scale (GDS) dan Barthel Index oleh Perawat terlatih kepada tenaga kesehatan dan/atau kader kesehatan di PPK 1	≥ 90 %	126,67%
Instalasi Rekam Medik	193	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	100%	100%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	194	Kelengkapan Rekam Medik dalam waktu 24 Jam Selesai Pelayanan	100%	99,88%
	195	Pengembalian Rekam Medik	skor = 2	skor = 2
	196	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	80%	98,16%
	197	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100%	100%
	198	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%	75,29%
Instalasi Rehabilitasi Psikososial	199	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	200	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	≥ 85 %	100%
	201	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	≥ 70 %	100%
Instalasi Laboratorium	202	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	203	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	69,57 mnt
	204	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (Untuk pemeriksaan Napza)	skor = 2	skor = 2
	205	Tidak adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%
	206	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%	100%
	207	Pelaporan Hasil Tes Kritis Laboratorium <30 menit	100%	100%
	208	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100%
Instalasi Radiologi	209	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	210	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi	≤ 3 Jam/180 menit	100%
	211	Pelaporan Hasil Tes Kritis Radiologi <60 menit	100%	0%
	212	Angka kegagalan hasil radiologi	0%	0%
Instalasi Elektromedik	213	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%
	214	Penerapan Keselamatan <i>Electro Convulsive Therapy</i> (ECT)	100%	100%
	215	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT	skor = 2	skor = 0

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	216	Angka Pembatalan ECT	skor = 2 (\leq 1%)	0
	217	Waktu tunggu sebelum operasi/ECT	\leq 2 hari	1 hari
	218	<i>Post Operative Death Rate</i> (ECT)	skor = 2 ($<$ 2%)	skor = 2
	219	Jumlah waktu tunggu layanan ECT \leq 20 menit	\leq 20 menit	5 mnt
	220	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat Kesehatan	100%	0
	221	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	100%	91%
DIREKTORAT PERENCANAAN KEUANGAN DAN BMN				
	222	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif		
		Ditandatangani sebelum tgl 31 Des tahun sebelumnya	skor = 0,4	skor = 0,4
		Ditandatangani oleh pemimpin BLU	skor = 0,4	skor = 0,4
		Diketahui oleh Dewas	skor = 0,4	skor = 0,4
		Disetujui oleh Menteri	skor = 0,4	skor = 0,4
		Format sesuai dengan PMK No.95/PMK.05/2011	skor = 0,4	skor = 0,4
	223	Terlaksananya telaah perencanaan kegiatan unit kerja	100%	100%
	224	Tersusunnya Dokumen Rencana Kinerja Tahunan	100%	100%
Sub Koordinator Evaluasi dan Pelaporan	225	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%	100%
	226	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	100%
	227	Ketepatan Waktu Pengumpulan Laporan dari Unit Kerja	100%	43,59%
Instalasi SIMRS	228	Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis TI (Teknologi Informasi)	2 paket	2 paket
	229	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	100%
	230	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer	\geq 90%	136,8%
	231	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	\geq 90%	75,2%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	232	Ketepatan Waktu Pengembangan Aplikasi / <i>Software</i>	≥ 80 %	167,1%
Sub Koordinator Penyusunan dan Evaluasi Anggaran	233	Ketepatan Waktu Penyusunan RKA-KL	100%	75%
	234	Ketepatan Waktu Penyusunan RPK / Anggaran	skor = 2	skor = 2
	235	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%	97,61%
Sub Koordinator Perbendaharaan dan Pelaksanaan Anggaran	236	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	100%	
		Tarif Layanan	skor = 1	skor = 1
		Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU		
		SP3BBLU TW 1 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4	0,4
		SP3BBLU TW 2 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4	0,4
		SP3BBLU TW 3 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4	0,4
		SP3BBLU TW 4 saldo kas telah sesuai	skor = 0,8	0,8
		Persetujuan rekening	skor = 0,5	skor = 0,5
		Rekening pengelolaan kas	skor = 0,1	skor = 0,1
		Rekening operasional	skor = 0,3	skor = 0,3
		Rekening dana kelolaan	skor = 0,1	skor = 0,1
		SOP Pengelolaan Kas	skor = 0,5	skor = 0,5
		SOP Pengelolaan Piutang	skor = 0,5	skor = 0,5
		SOP Pengelolaan Utang	skor = 0,5	skor = 0,5
		Kepatuhan Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	100%	100%
		Penyerapan Anggaran	≥ 90%	-
		237	Pemberian Informasi tagihan rawat inap	100%
	238	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Penerimaan Rumah Sakit	100%	-
	239	Ketepatan Waktu Laporan Piutang Penderita	100%	-
Sub Koordinator Akuntansi dan Barang Milik Negara	240	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	> 5%	34,90%
	241	Ketepatan Penatausahaan Barang Milik Negara	100%	50%
	242	Rasio Keuangan	skor 19	

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
		a. Rasio Kas (Cash Ratio)	skor = 2,25	0,50
		b. Rasio Lancar (Current Ratio)	skor = 2,75	2,75
		c. Periode Penagihan Piutang (Collection Periode)	skor = 2,25	2,25
		d. Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)	skor = 2,26	0,75
		e. Imbalan atas Aset Tetap (Return of Fixed Asset)	skor = 2,27	1,00
		f. Imbalan Ekuitas (Return on Enquity)	skor = 2,25	0,85
		g. Perputaran Persediaan (Inventory Turn over)	skor = 2,25	1,25
		h. Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (POBO)	skor = 2,75	2,75
		Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU		
		Laporan Keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	skor = 0,66	0,66
	243	Laporan Keuangan Semester 1 disampaikan ≤ tanggal 15	skor = 0,66	0,66
		Laporan Keuangan Tahunan ≤ tanggal 22 Januari tahun anggaran berikutnya	0,67	0,67
		Laporan Keuangan Tahunan Audited disampaikan sampai batas akhir penyampaian LKKL Audited kepada Menteri Keuangan	0,67	0,67
	244	Sistem Akuntansi		
		Sistem akuntansi keuangan	skor = 0,6	0,6
		Sistem akuntansi biaya	skor = 0,2	0,2
		Sistem Akuntansi Aset tetap	skor = 0,2	0,2
	245	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	skor = 0,5	0,5
	246	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	100%	50%
ULP	247	SOP pengadaan Barang dan Jasa	skor 5	-
	248	Kelengkapan Dokumen Pengadaan	100%	100%
	249	Ketepatan Review Dokumen SPP di ULP	≤ 5 hari kerja	100%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
PPK	250	Ketepatan administrasi pembuatan SPP dan SPBY	100%	100%
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM				
Sub Koordinator Administrasi SDM	251	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	100%
	252	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100%
	253	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	100%
	254	Ketepatan Waktu Penerbitan SPK dan RKK	100%	100%
Sub Koordinator Pengembangan SDM, Pendidikan, dan Penelitian	255	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	4	2
	256	Terwujudnya Jejaring Penelitian Dalam Kesehatan Jiwa	2 per tahun	1
	257	Persentase Kompetensi Pegawai yang sesuai standar	85%	93,30%
	258	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	75%	99,87%
	259	Program Pemberian Penghargaan dan Konsekuensi	skor = 1	skor = 1
	260	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	skor = 2	skor = 2
	261	Rata-rata Jam Pelatihan /Karyawan	skor = 1	skor = 1
	262	Persentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	skor = 1	skor = 1
	263	Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan	skor = 2	skor = 1,5
	264	Tercapainya Pertumbuhan Dan Mutu Pendidikan Dan Pelatihan Dalam Kesehatan Jiwa	10%	254%
	265	Prosentase Pegawai Yang Mendapatkan Pelatihan \geq 20 JPL per tahun	\geq 80%	63,11%
	266	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis Kepuasan Pelanggan Terhadap Adanya Peserta Didik	\geq 80% dari semua institusi	100%
	267	Evaluasi Pasca Pelatihan	2/tahun	100%
	268	Ketepatan Waktu Pembayaran Remunerasi Pegawai	100%	83,33%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	269	Terlaksananya Perencanaan Pengembangan SDM Sesuai Kompetensi	≥ 80%	91,67%
	270	Prosentase Pelaksanaan Pelatihan Internal Sesuai Perencanaan	100%	100%
	271	Evaluasi Pelaksanaan Pelatihan Internal	100%	100%
	272	Kepuasan Karyawan Terhadap Organisasi	≥ 95%	72,35%
	273	Tercapainya Evaluasi Penilaian Kinerja Pegawai Sesuai Target	100%	75%
	274	Persentase Perilaku Pegawai Sesuai Dengan Budaya Kinerja	75%	88,9%
	275	Prosentase Pemenuhan Standar Kompetensi SDM untuk Area Prioritas	80%	18,83%
Komisi Etik Penelitian Kesehatan	276	Telaah Penelitian < 5 hari kerja	100%	100%
Sub Koordinator Hukum, Organisasi, dan Hubungan Masyarakat	277	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	100%	100%
	278	Tingkat kepuasan Pasien dan Masyarakat (IKM)	80%	86,60%
	279	Promosi Pelayanan Rumah Sakit Koordinasi dengan pemasaran	100%	136%
	280	Prosentase Komplain Yang Ditindak Lanjuti/Penanganan Pengaduan	skor = 1	skor = 1
	281	Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	6	7
Sub Koordinator Umum	282	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%	100%
	283	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%	100%
	284	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Rumah Tangga	100%	100%
	285	Tindak Lanjut Penyelesaian Hasil Temuan Tingkat Manajemen	100%	100%
	286	Tindak lanjut penyelesaian saran dan rekomendasi Dewas	100%	100%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	287	OEE (<i>Overall Equipment Effectiveness</i>)	85%	87,03%
Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu	288	Ketersediaan Linen	2,5 -3 per TT	3/TT
	289	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	100%
	290	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100%
	291	Dilakukan test Bowie Dick setiap akan melakukan sterilisasi alat	100%	100%
Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS	292	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	95,58%
	293	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%	100%
	294	Pengelolaan Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) sesuai Permenkes no 7 th 2019	100%	100%
	295	Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri	≥ 7500	9584
	296	Kejadian Kecelakaan Akibat Kerja	0	2,75
	297	Simulasi Kesiapsiagaan Bencana di Setiap Unit Kerja	100%	100%
IPSR	298	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Sarana	≥ 80 %	86%
	299	Ketepatan Waktu Pelayanan Pemeliharaan Alat	100%	100%
KOMITE DAN SPI				
SPI	300	Terlaksananya Kegiatan Pengawasan sesuai Program Kegiatan Pengawasan Tahunan (PKPT)	100%	100%
	301	Tindak lanjut penyelesaian saran dan rekomendasi Dewas	skor 100	90%
Komite Medik	302	Pelaksanaan Audit Medis Dua Kali dalam Setahun	100%	100%
	303	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Medis	100%	100%
	304	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial bagi Semua Dokter	100%	100%
Komite Keperawatan	305	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Perawat	100%	100%
	306	Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sesuai dengan Standar Keperawatan	100%	100%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
Komite Etik dan Hukum	307	Terlaksananya Kegiatan Pencegahan Masalah Etik dan Hukum	100%	100%
Komite PPI	308	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	100%	100%
		a. Penggunaan Alat Pelindung Diri Saat Melaksanakan Tugas		99,64%
		b. Kepatuhan Terhadap <i>Hand Hygiene</i>		99,99%
		c. Menjaga jarak tempat duduk minimal 1 m		99,83%
	309	Pencapaian Surveilans HAI's	100%	100%
		Angka infeksi nosokomial		
	310	- luka fiksasi (AIN < 1,5%)	skor = 1	0
	311	- dermatomikosis (AIN < 1,5%)	skor = 1	0
312	- scabies dan pedikulosis (AIN < 1,5%)	skor = 1	0	
313	- postural hipotensi (AIN < 1,5%)	skor = 1	0	
Komite Mutu Rumah Sakit	314	Terakreditasi Internasional	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Akreditasi
	315	Verifikasi Penyelesaian Laporan Ketidaksesuaian	100%	100%
	316	Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja	90%	92%
	317	Pelaporan Kegiatan Pendampingan Komite Mutu Terhadap Pelaksanaan Indikator Mutu Unit Kerja kepada Direktur Utama Secara Tepat Waktu	100%	100%
	318	Pelaporan IKP kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas Tepat Waktu	100%	100%
	319	Pelaporan IKP kepada KKPRS dan KNKP	100%	90%
Komite Tenaga Kesehatan Lain	320	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Tenaga Kesehatan Lain	100%	88,8%
	321	Pelaksanaan audit proses pemberian asuhan oleh Tenaga Kesehatan Lain	>95%	100%

NAMA UNIT	NO	INDIKATOR MUTU SESUAI PEDOMAN	TARGET	CAPAIAN
	322	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi oleh Tenaga Kesehatan Lain	100%	100%

3.2 Realisasi Anggaran

Laporan realisasi anggaran untuk periode yang berakhir 31 Desember 2021

Tabel. 3.36 Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2021

(Dalam Rupiah)

No	URAIAN	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	% REALISASI ANGGARAN
1	2	3	4	5	6
A	PENDAPATAN NEGARA DAN HIBAH				
	1. PENERIMAAN DALAM NEGERI	74.681.531.000	85.132.609.033	10.451.078.033	113,99
	a. Penerimaan Perpajakan	0	0	0	0,00
	b. Penerimaan Negara Bukan Pajak	74.681.531.000	85.132.609.033	10.451.078.033	113,99
	2. HIBAH	0	0	0	0,00
	JUMLAH PENDAPATAN DAN HIBAH	74.681.531.000	85.132.609.033	10.451.078.033	113,99
B	BELANJA				
	Belanja Pegawai	46.679.017.000	46.392.592.292	(286.424.708,00)	99,39
	Belanja Barang	92.721.640.000	76.428.061.192	(16.293.578.808,00)	82,43
	Belanja Modal	14.508.257.000	12.634.420.561	(1.873.836.439,00)	87,08
	Pembayaran Bunga Utang	0	0	0	0,00
	Subsidi	0	0	0	0,00
	Hibah	0	0	0	0,00
	Bantuan Sosial	0	0	0	0,00
	Belanja Lain-lain	0	0	0	0,00
	JUMLAH BELANJA	153.908.914.000	135.455.074.045	-18.453.839.955	88,01
C	SURPLUS/(DEFISIT)				
	Surplus/(Defisit) (A-B)		(50.322.465.012,00)		
	SILPA / (SIKPA)		(50.322.465.012,00)		

Realisasi Pendapatan Negara pada TA 2021 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp 85.132.609.033 atau mencapai 113,99 persen dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp 74.681.531.000. Realisasi Belanja Negara pada TA 2021 adalah sebesar Rp 135.455.074.045 atau mencapai 88,01 persen dari alokasi anggaran sebesar Rp 153.908.914.000.

Laporan Perubahan Saldo Anggaran Lebih (periode 31 Desember 2021 dan Desember 2020)

Tabel 3.37 Laporan Perubahan Saldo Anggaran Lebih

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	31 DESEMBER 2021	31 DESEMBER 2020	Jumlah	%
SALDO ANGGARAN LEBIH (SAL AWAL)	67.990.816.481	61.855.013.403	6.135.803.078	9,91
PENGUNAAN SAL	0	0	-	0,00
Sub Total	67.990.816.481	61.855.013.403	6.135.803.078	9,91
SISA LEBIH / KURANG PEMBIAYAAN ANGGARAN (SiLPA/SiKPA)	(50.322.465.012)	(77.155.160.249)	26.832.695.237	(34,77)
Penyesuaian (SiLPA/SiKPA)	0	0	0	0
Penyesuaian Transaksi BLU dengan BUN	67.155.318.931	83.290.963.327	(16.135.644.396)	(19,37)
Pendapatan Alokasi APBN	67.204.604.309	83.461.755.331	(16.257.151.022)	(19,47)
Penyetoran PNBP ke Kas Negara	(49.285.378,00)	(170.792.004)	121.506.626	(71,14)
Penyetoran Surplus BLU ke Kas Negara	0	0	-	-
Pengembalian Pendapatan BLU TAYL	0	0	-	0,00
Transaksi antar BLU	0	0	-	0,00
Sisa Lebih/Kurang Pembiayaan Anggaran (SiLPA/SiKPA) Setelah Penyesuaian	16.832.853.919	6.135.803.078	10.697.050.841	174,33
Sub Total	84.823.670.400	67.990.816.481	16.832.853.919	24,75
Koreksi Kesalahan Pembukuan Tahun Sebelumnya	0	0	-	0,00
Lain-lain	0	0	-	0,00
Saldo Anggaran Lebih Akhir	84.823.670.400	67.990.816.481	16.832.853.919	24,75

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

(1) Pencantuman Saldo Awal

Pada Revisi DIPA ke 1 (satu) adanya Pencantuman Saldo Awal. Perubahan tersebut berdasarkan Antisipasi terhadap perubahan kondisi dan prioritas kebutuhan, mempercepat pencapaian kinerja K/L dan meningkatkan efektifitas, kualitas belanja dan optimalisasi penggunaan anggaran yang terbatas. Saldo Awal yang dicantumkan sebesar Rp. 67.990.816.481;

(2) Pergeseran Anggaran

MAK	URAIAN	TA 2021	
		ANGGARAN AWAL	ANGGARAN SETELAH REVISI
525113	Belanja Jasa	6.520.383.000	6.635.223.000
525114	Belanja Pemeliharaan	1.791.323.000	2.023.857.000
525119	Belanja Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	16.073.801.000	15.726.427.000
537114	Belanja Modal Jalan, Imigrasi dan Jaringan-BLU	199.894.000	-
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan-BLU	-	241.064.000
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin-BLU	1.136.967.000	1.095.797.000
521115	Belanja Honor Operasional Satuan Kerja	246.830.000	280.550.000
521811	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi	1.180.182.000	1.146.462.000
Jumlah Anggaran Setelah Revisi		27.149.380.000	27.149.380.000

- (3) Terdapat Pergeseran Anggaran Dana pada Revisi DIPA ke 2 (dua) dengan rincian sebagai berikut:

Revisian Daftar Isian Pelaksanaan Anggaran (DIPA) dari DIPA awal sebagai berikut:

URAIAN	TA 2021	
	ANGGARAN AWAL	ANGGARAN SETELAH REVISI
Pendapatan		
Penerimaan Negara Bukan Pajak	74.681.531.000	74.681.531.000
Jumlah Pendapatan	74.681.531.000	74.681.531.000
Belanja		
Belanja Pegawai	49.067.449.000	49.067.449.000
Belanja Barang	92.721.640.000	92.721.640.000
Belanja Modal	4.167.578.000	4.167.578.000
Jumlah Belanja	145.956.667.000	145.956.667.000

- (4) Penggunaan Saldo Awal

Penggunaan Saldo Awal, perubahan tersebut berdasarkan pemenuhan kebutuhan prioritas guna meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan, kegiatan pengadaan bersifat mendesak untuk memenuhi kebutuhan kegiatan operasional pelayanan Rumah Sakit. Adapun kegiatan tersebut sebagai berikut: Rehab berat gedung pelayanan IGD, Rehab berat gedung pelayanan gedung A, Modal Peralatan Kesehatan (Hepafilter, Bedside Monitor, EKG, Electric Bed, Defibrillator). Saldo Awal yang digunakan sebesar Rp. 7.144.579.000;

- (5) Recofusing Efisiensi Anggaran

Alasan/ pertimbangan Revisi Anggaran ke empat adalah dalam rangka efisiensi anggaran. Penurunan Bagu Belanja Gaji dan Tunjangan yang bersumber dari dana Rupiah Murni sebesar Rp 2.388.432.000, dari alokasi semula sebesar Rp 49.067.449.000 menjadi Rp 46.679.017.000 dengan rincian sebagai berikut:

Rincian Revisi Anggaran ke Empat

MAK	URAIAN	TA 2021		Efisiensi Anggaran
		ANGGARAN AWAL	ANGGARAN SETELAH REVISI	
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	33.216.560.000	31.528.123.000	(1.688.437.000)
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	518.000	442.000	(76.000)
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	2.315.400.000	2.213.359.000	(102.041.000)
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	614.012.000	615.378.000	1.366.000
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	252.770.000	317.103.000	64.333.000
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	3.351.950.000	3.911.791.000	559.841.000
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	374.719.000	115.465.000	(259.254.000)
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	1.626.060.000	1.709.910.000	83.850.000
511129	Belanja Uang Makan PNS	6.512.880.000	5.570.501.000	(942.379.000)
511134	Belanja Tunj. Kompensasi Kerja PNS	69.000.000	69.000.000	-
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	433.580.000	327.945.000	(105.635.000)
512211	Belanja uang lembur	300.000.000	300.000.000	-
Jumlah Anggaran Setelah Revisi		49.067.449.000	46.679.017.000	(2.388.432.000)

(6) Penambahan Saldo Awal

Alasan/ pertimbangan Revisi Penambahan saldo awal adalah sebagai berikut:

- a) Antisipasi terhadap perubahan kondisi dan prioritas kebutuhan.
- b) Mempercepat pencapaian kinerja K/L dan meningkatkan efektifitas, kualitas belanja dan optimalisasi penggunaan anggaran yang terbatas.

Rincian revisi anggaran ke-5 sebagai berikut:

MAK	URAIAN	TA 2021		Jumlah Revisi
		ANGGARAN AWAL	ANGGARAN SETELAH REVISI	
521811	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi	1.039.800.000	1.014.800.000	(25.000.000)
523121	Belanja Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	1.230.025.000	1.255.025.000	25.000.000
523123	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	957.305.000	857.305.000	(100.000.000)
523191	Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan Lainnya	475.243.000	575.243.000	100.000.000
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	7.658.712.000	7.258.712.000	(400.000.000)
521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1.421.094.000	1.821.094.000	400.000.000
525129	Belanja Barang Persediaan Lainnya - BLU	3.989.751.000	5.229.752.000	1.240.001.000
525153	Belanja Barang Persediaan BLU - Penanganan Pandemi COVID-19	1.071.021.000	1.231.020.000	159.999.000
525114	Beban Pemeliharaan	2.066.548.000	2.221.549.000	155.001.000
525119	Beban Penyediaan Barang dan Jasa BLU Lainnya	15.776.427.000	14.221.426.000	(1.555.001.000)
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan	6.932.964.000	10.129.064.000	3.196.100.000
Jumlah Anggaran Setelah Revisi		42.618.890.000	45.814.990.000	3.196.100.000

Rencana penggunaan saldo awal sebesar Rp 3.196.100.000 pada Tahun 2021 sebagai berikut:

No	Uraian Kegiatan	Jumlah	Keterangan
1	Rehab Berat Gedung Pelayanan IGD	2.431.400.000	Kekurangan pagu rehab berat gedung layanan IGD sesuai perhitungan Konsultan Perencana
2	Rehab Berat Gedung Pelayanan Gedung A	764.700.000	Kekurangan pagu rehab berat gedung pelayanan Gedung A sesuai hasil perhitungan Konsultan Perencana
Jumlah		3.196.100.000	

(7) Efisiensi Saldo Awal dan Pergeseran Anggaran

Alasan/ pertimbangan Revisi Penambahan saldo awal adalah sebagai berikut:

1. Adanya efisiensi lelang dari Penggunaan saldo awal BLU untuk Kegiatan Pengadaan modal Pembangunan Gedung dan Bangunan.
2. Efisiensi tersebut digunakan untuk Belanja Modal Gedung dan Bangunan untuk 3 kegiatan, yaitu: Rumah Sampah, Binatu dan Area Parkir.
3. Adanya pergeseran pagu anggaran dalam 1 (satu) output kegiatan dengan pagu alokasi tetap.

Rincian revisi anggaran ke-6 sebagai berikut:

MAK	Semula	Menjadi	Selisih -/+
<i>Belanja Barang</i>			
525129	4.329.752.000	4.022.752.000	(307.000.000)
525153	1.231.020.000	1.538.020.000	307.000.000
525113	640.620.000	640.620.000	-
525114	240.064.000	240.264.000	200.000
525115	92.560.000	92.360.000	(200.000)
525119	1.123.274.000	1.123.274.000	-
525121	773.349.000	773.349.000	-
537113	9.866.450.000	9.866.450.000	-
Σ Belanja Barang	18.297.089.000	18.297.089.000	-
<i>Belanja Modal</i>			
537112-CAB	64.920.000	64.920.000	-
537112-002	83.011.000	83.011.000	-
537112-003	164.294.000	164.294.000	-
Σ Belanja Modal	312.225.000	312.225.000	-
Σ Belanja BLU	18.609.314.000	18.609.314.000	-
<i>Belanja Pegawai</i>			
51	41.404.004.000	41.404.004.000	-
Σ Belanja Pegawai	41.404.004.000	41.404.004.000	-
<i>Belanja Barang</i>			
523123	338.259.000	288.259.000	(50.000.000)
523191	295.735.000	345.735.000	50.000.000
521111	362.541.000	362.540.000	(1.000)
522111	1.255.625.000	1.195.624.000	(60.001.000)
522119	288.358.000	348.360.000	60.002.000
Σ Belanja Barang	2.540.518.000	2.540.518.000	-
Σ Belanja RM	43.944.522.000	43.944.522.000	-
Σ Belanja Revisi-6	62.553.836.000	62.553.836.000	-

(8) Revisi Pemutakhiran POK

Dilakukan Revisi ke-7 untuk pemutakhiran data POK dimana untuk realisasi dalam 1 (satu) output terdapat MAK yang minus dan plus. Sehingga dilakukan pergeseran tetapi secara umum tidak mengurangi atau menambahkan pagu dalam 1 (satu) capaian output atau kegiatan sehingga secara umum pagu tetap.

Tabel 3.38. Laporan Operasional (periode yang berakhir 31 Desember 2021 dan 2020)

(Dalam Rupiah)

URAIAN	Jumlah		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
KEGIATAN OPERASIONAL				
PENDAPATAN OPERASIONAL				
Pendapatan Alokasi APBN	67.204.604.309	83.461.755.331	(16.257.151.022)	(19,47)
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	25.289.152.796	39.964.097.015	(14.674.944.219)	(36,72)
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	47.246.199.172	13.017.381.600	34.228.817.572	262,94
Pendapatan Hibah BLU	277.313.097	226.198.980	51.114.117	22,59
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	1.494.202.902	311.168.759	1.183.034.143	380,19
Pendapatan BLU Lainnya	2.523.080.826	3.457.018.295	(933.937.469)	(27,01)
JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL	144.034.553.102	140.437.619.980	3.596.933.122	2,56
BEBAN OPERASIONAL				
Beban Pegawai	79.190.009.187	73.792.894.558	5.397.114.629	7,31
Beban Persediaan	18.692.951.321	18.933.523.317	(240.571.996)	(1,27)
Beban Barang dan Jasa	25.015.851.987	16.487.414.997	8.528.436.990	51,72
Beban Pemeliharaan	5.962.008.971	4.592.742.483	1.369.266.488	29,81
Beban Perjalanan Dinas	243.629.982	315.336.570	(71.706.588)	(22,73)
Beban Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	434.044	0	434.044	0
Beban Bantuan Sosial	0	0	0	0
Beban Penyusutan dan Amortisasi	16.223.537.302	16.582.864.297	(359.326.995)	(2,16)
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	13.660.132	42.234.625	(28.574.493)	(67,65)
JUMLAH BEBAN OPERASIONAL	145.342.082.926	130.747.010.847	14.595.072.079	11,16
SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL	(1.307.529.824)	9.690.609.133	(10.998.138.957)	(113,50)
KEGIATAN NON OPERASIONAL				
Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar				
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar	0	0	0	0
Beban Pelepasan Aset Non Lancar	0	0	0	0
Jumlah Surplus (Defisit) Penjualan Aset Non Lancar	0	0	0	0
Surplus (Defisit) dari Kegiatan non Operasional Lainnya				
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	546.816.681	561.387.999	(14.571.318)	(2,59)
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	698.877.753	676.834.098	22.043.655	3,25
Jumlah Surplus (Defisit) Dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	(152.061.072)	(115.446.099)	(36.614.973)	31,71
Jumlah Surplus /Defisit Dari Keg. Non Operasional	(152.061.072)	(115.446.099)	(36.614.973)	31,71
SURPLUS/DEFISIT - LO	(1.459.590.896)	9.575.163.034	(11.034.753.930)	(115,20)

Laporan Operasional menyajikan berbagai unsur pendapatan-LO, beban, surplus/defisit dari operasi, surplus/defisit dari kegiatan non operasional, surplus/defisit sebelum pos luar biasa, pos luar biasa, dan surplus/defisit-LO, yang diperlukan untuk penyajian yang wajar.

Jumlah Surplus/(Defisit) LO untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2021 dan 2020 adalah sebesar Rp (1.459.590.896) dan Rp 9.575.163.034. Pendapatan LO untuk periode sampai dengan 31 Desember 2021 adalah sebesar Rp 144.034.553.102 sedangkan jumlah beban dari kegiatan operasional adalah sebesar Rp 145.342.082.926 sehingga terdapat Defisit dari Kegiatan Operasional senilai (Rp 1.307.529.824). Defisit Kegiatan Non Operasional sebesar (Rp 152.061.072).

Tabel 3.39 Neraca Per 31 Desember 2021 dan 31 Desember 2020

(Dalam Rupiah)

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2021	2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
ASET				
ASET LANCAR				
Kas Lainnya dan Setara Kas	257.819.035	1.694.133.861	(1.436.314.826)	(84,78)
Kas pada Badan Layanan Umum	39.823.670.400	67.990.816.481	(28.167.146.081)	(41,42)
Investasi Jangka Pendek - Badan Layanan Umum	45.000.000.000	0	45.000.000.000	0
Piutang dari kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	4.005.769.042	12.556.177.037	(8.550.407.995)	68,09
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(3.324.183.055)	(3.310.504.485)	(13.678.570)	0,41
<i>Piutang dari Kegiatan Operasional BLU (Netto)</i>	<i>681.585.987</i>	<i>9.245.672.552</i>	<i>(8.564.086.565)</i>	<i>(92,62)</i>
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	0	3.687.500	(3.687.500)	(100,00)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	0	(18.438)	18.438	(100,00)
Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU (Netto)	0	3.669.062	(3.669.062)	(100,00)
Persediaan	7.988.037.859	13.563.905.398	(5.575.867.539)	(41,10)
JUMLAH ASET LANCAR	93.751.113.281	92.498.197.354	1.252.915.927	1,35
ASET TETAP				
Tanah	526.493.393.000	526.493.393.000	0	0
Peralatan dan Mesin	115.183.735.573	112.374.015.225	2.809.720.348	2,50
Gedung dan Bangunan	162.703.202.886	154.698.143.438	8.005.059.448	5,17
Jalan, Irigasi dan Jaringan	13.251.241.432	12.472.170.222	779.071.210	6,24
Aset Tetap Lainnya	767.025.955	667.222.955	99.803.000	14,95
Konstruksi Dalam Pengerjaan	6.636.757.230	5.514.464.297	1.122.292.933	20,35
Akumulasi Penyusutan	(126.526.646.876)	(110.398.489.533)	(16.128.157.343)	14,60
JUMLAH ASET TETAP	698.508.709.200	701.820.919.604	(3.312.210.404)	(0,47)
ASET LAINNYA				
Aset Tak Berwujud	662.372.000	520.884.500	141.487.500	27,16
Aset Lain-Lain	10.202.000	10.202.000	0	0
Akumulasi Penyusutan/Amortisasi Aset Lainnya	(515.219.563)	(408.458.813)	(106.760.750)	26,13
Jumlah Aset Lainnya	157.354.437	122.627.687	34.726.750	28,31
JUMLAH ASET	792.417.176.918	794.441.744.645	(2.024.567.727)	(0,25)
KEWAJIBAN				
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK				
Utang kepada Pihak Ketiga	774.152.030	1.953.720.924	(1.179.568.894)	(60,37)
Pendapatan Diterima di Muka	127.649.858	72.680.991	54.968.867	75,63
JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PENDEK	901.801.888	2.026.401.915	(1.124.600.027)	(55,49)
JUMLAH KEWAJIBAN	901.801.888	2.026.401.915	(1.124.600.027)	(55,49)
EKUITAS				
EKUITAS				
Ekuitas	791.515.375.030	792.415.342.730	(899.967.700)	(0,11)
JUMLAH EKUITAS	791.515.375.030	792.415.342.730	(899.967.700)	(0,11)
JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS	792.417.176.918	794.441.744.645	(2.024.567.727)	(0,25)

Neraca menggambarkan posisi keuangan entitas mengenai aset, kewajiban, dan ekuitas pada 31 Desember 2021. Nilai Aset per 31 Desember 2021 dicatat dan disajikan sebesar Rp 792.417.176.918 yang terdiri dari: Aset Lancar sebesar Rp 93.751.113.281; Aset Tetap (neto) sebesar Rp 698.508.709.200; dan Aset Lainnya (neto) sebesar Rp 157.354.437. Nilai Kewajiban dan Ekuitas masing-masing sebesar Rp 901.801.888 dan Rp 791.515.375.030.

Tabel 3.40 Laporan Perubahan Ekuitas untuk periode yang berakhir 31 Desember 2021 dan 2020

(Dalam Rupiah)

URAIAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	31 DESEMBER 2021	31 DESEMBER 2020	Jumlah	%
1	2	3	4	5
EKUITAS AWAL	792.415.342.730	750.505.754.774	41.909.587.956	5,58
SURPLUS/DEFISIT-LO	(1.459.590.896)	9.575.163.034	(11.034.753.930)	(115,24)
KOREKSI YANG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS YANG ANTARA LAIN BERASAL DARI DAMPAK KUMULATIF PERUBAHAN KEBIJAKAN AKUNTANSI/KESALAHAN MENDASAR	281.417.212	31.339.559.073	(31.058.141.861)	(99,10)
Penyesuaian Nilai Aset	0	0	0	-
Koreksi Nilai Persediaan	0	0	0	-
Koreksi Atas Reklasifikasi	273.619.388	0	273.619.388	-
Selisih Revaluasi Aset Tetap	0	32.738.936.000	(32.738.936.000)	(100,00)
Koreksi Nilai Aset Tetap Non Revaluasi	2.803.699	(1.393.100.058)	1.395.903.757	(100,20)
Koreksi Lain-lain	4.994.125	(6.276.869)	11.270.994	(179,56)
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	278.205.984	994.865.849	(716.659.865)	(72,03)
KENAIKAN /PENURUNAN EKUITAS	(899.967.700)	41.909.587.956	(42.809.555.656)	(102,14)
EKUITAS AKHIR	791.515.375.030	792.415.342.730	(899.967.700)	(0,11)

Laporan Perubahan Ekuitas menyajikan informasi kenaikan atau penurunan ekuitas tahun pelaporan dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Ekuitas pada tanggal 1 Januari 2021 adalah sebesar Rp 792.415.342.730 ditambah Defisit-LO sebesar minus Rp 1.459.590.896 ditambah dengan Koreksi Atas Reklasifikasi sebesar minus Rp. 273.619.388 dan ditambah dengan koreksi nilai asset tetap non revaluasi sebesar Rp. 2.803.699 dan koreksi lain-lain senilai Rp 4.994.125 ditambah transaksi antar entitas sebesar Rp. 278.205.984. sehingga ekuitas mengalami penurunan sebesar Rp 899.967.700 yang menghasilkan Ekuitas Akhir pada tanggal 31 Desember 2021 adalah senilai Rp 791.515.375.030

Penerimaan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat tahun 2020 dibandingkan dengan tahun 2021 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.41 Tabel Penerimaan Tahun 2021 dan 2020

No	Uraian	Tahun 2021	Tahun 2020
1	BPJS Kesehatan	26.258.458.822,00	37.978.927.179
	a.Rajal	11.694.717.272,00	17.954.421.362
	b.Ranap	14.563.741.550,00	20.024.505.817
2	Jamkesda	1.995.563.300,00	13.396.123.862

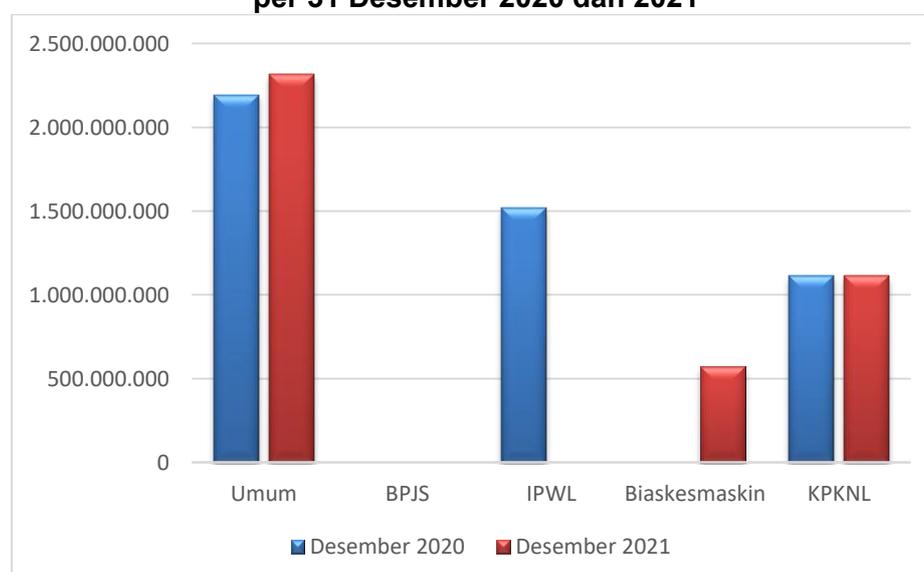
	a.Rajal	19.814.000,00	142.748.100
	b.Ranap	1.975.749.300,00	6.303.984.162
3	IPWL/BNN/COVID-19	47.119.371.172,00	6.949.391.600
4	Umum/Bayar Tunai	3.072.151.829,00	9.746.544.624
	a.Rajal	1.626.394.424,00	1.251.799.614
	b.Ranap	1.445.757.405,00	1.247.038.266
5	IGD	138.197.915,00	107.329.101
6	Penunjang	2.406.344.525,00	1.872.032.521
7	Diklat	1.493.616.216,00	1.515.890.000
8	Sewa-sewa/Lainnya	2.599.619.876,00	3.755.455.122
	TOTAL	85.083.323.655,00	61.124.595.665

Realisasi penerimaan Tahun 2021 sebesar Rp **85.083.323.655,00** atau naik sebesar 39,2% dari Tahun 2020 sebesar Rp **61.124.595.665,00**. Penerimaan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat terdiri dari penerimaan layanan kesehatan, penerimaan pendidikan dan pelatihan juga penerimaan sewa lahan dan jasa lainnya. Realisasi penerimaan Tahun 2021 tercapai 113% dari target tahun ini yaitu sebesar Rp. **74.681.531.000,00**.

Tabel 3.42 Perbandingan Total Piutang per 31 Desember 2020 dan 2021

Keterangan	Desember 2021	Desember 2020	% Kenaikan / Penurunan
Umum	2.317.159.004	2.193.410.638	5,64
BPJS	-	-	
IPWL	21.413.367	1.518.526.901	(98,59)
Biaskesmaskin	574.600.700	-	
KPKNL	1.114.009.338	1.114.009.338	-
Jumlah	4.027.182.409	4.825.946.877	(16,55)

Gambar 3.2 Perbandingan Total Piutang per 31 Desember 2020 dan 2021



Total Piutang Pasien Umum mengalami kenaikan sekitar 1,05 %. Penyebab penambahan pasien pulang dengan piutang :

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

Upaya yang dilakukan untuk menurunkan angka piutang :

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

Saran :

Koordinasi dengan perawat agar pada saat keluarga pasien Umum menjenguk pasien diberikan informasi perkiraan biaya rawat inap supaya keluarga pasien dapat melakukan pembayaran sehingga pada saat pulang tidak terlalu tinggi yang menyebabkan pasien pulang dengan piutang. (untuk melihat perkiraan biaya bisa tampak di Billing SIMRS).

BAB IV PENUTUP



4.1 Kesimpulan

Dalam menerapkan prinsip-prinsip manajemen bisnis dan memenuhi tuntutan pelayanan prima dari masyarakat, maka RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai instansi PK-BLU berkewajiban memenuhi persyaratan administratif yaitu kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan. Dengan tercapainya Lulus Akreditasi Paripurna dari KARS Tahun 2015 dan revisitasi tahun 2016 dan 2017 dan telah meraih predikat Internasional SNARS Ed. 1 pada tahun 2019 serta audit mutu ISO 9001-2015 oleh SGS sebagai tolak ukur dalam memenuhi kualitas pelayanan untuk kepuasan masyarakat dan keselamatan pasien kedepan harus dipertahankan budaya kinerja sesuai dengan standar akreditasi.

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2021 disusun sebagai pelaksanaan tugas, tanggung jawab dan kewajiban untuk pelaksanaan program kerja sesuai sasaran strategis, program dan kegiatan. Sistematis penyusunan laporan ini mengacu pada surat Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor PR.05.01/I.1/351/2022 tanggal 13 Januari 2021 tentang Penyusunan Laporan Kinerja Satuan Kerja TA 2021 dan Perjanjian Kinerja Satuan Kerja TA 2022, serta berpedoman sesuai Permen PAN dan RB No. 53 Tahun 2014.

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

Capaian kinerja berdasarkan perjanjian kinerja tahun 2021 tercapai 20 indikator dari 23 indikator atau tercapai 86,96%. Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat target 80% realisasi 86,59% capaian 108,24%. Capaian indikator kecepatan respon terhadap komplain tercapai 100%. Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup tercapai sebesar 33,06% dari target 10%. Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri geriatri tercapai sangat signifikan yaitu 5,8% dari target yang ditetapkan yaitu 2%. Capaian Indikator Kinerja Utama tentang optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan tidak mencapai target. Namun demikian dibandingkan tahun 2020, tingkat pencapaiannya sudah lebih baik, karena tahun 2020 kegiatan indikator ini tidak dapat terlaksana, sebagai dampak



dari penerapan PPKM. Indikator publikasi penelitian nasional dan internasional dengan target 4 publikasi per tahun tercapai 2 publikasi pada tahun 2021. Terwujudnya jejaring penelitian tercapai 1 kerjasama penelitian dari target 2 kerjasama penelitian sehingga mencapai 50% dari target. Indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa tercapai 254% dari target 75% sehingga kenaikan prosentase capaian adalah 145%. Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan tercapai 67,84% dari target 50%. Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri tercapai 32,52% dari 25% yang ditargetkan. Pada tahun 2021 terjadi peningkatan jumlah inovasi yang terkelola dan tercatat dengan baik tercapai 116,7% dari target yang telah ditetapkan. Indikator terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan mencapai target yaitu 5,68% dari target 5% yang ditetapkan. Indikator persentase perilaku pegawai sesuai dengan budaya kinerja tercapai 88,9% dari target 75% sehingga prosentase capaian 118%. Capaian dari indikator tercapainya indikator mutu unit kerja pada tahun 2021 adalah 92%. Pada tahun 2021 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang masih tetap memegang sertifikat terakreditasi internasional. Capaian indikator terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT pada tahun 2021 tercapai 100%. Realisasi capaian Indikator OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) pada tahun 2021 tercapai 87,03% atau tercapai 102,38% dari target 85%. Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan tercapai 100%. Indikator persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar tercapai 93,30% dari target 85% sehingga prosentase capaian 109,8%. Indikator Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar tercapai 99,87% dari target 75% sehingga prosentase capaian 133,16%. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal capaiannya 75,29%. Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10% tercapai 34,90% dari target 5%. Kemudian Rasio pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$ tercapai 59,50%.

Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) tahun 2021 dapat diketahui bahwa hampir seluruh indikatornya tercapai pada setiap bulan, kecuali pada bulan Januari sd Maret 2021. Indikator yang tidak tercapai tersebut yaitu waktu tunggu pelayanan resep obat jadi (WTOJ). Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan I s.d IV secara berturut-turut sebesar 113,47% (nilai IKT = 2,40), 111,65% (nilai IKT = 2,20), 109% ((nilai IKT = 2,00), dan 105,52% ((nilai IKT = 1,6). Pada keempat triwulan tersebut hanya terdapat satu indikator yang tidak memenuhi target yaitu Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB) pada triwulan II dan III.

Tingkat Kesehatan BLU berdasarkan Perdirjen PB No. 24 Tahun 2018 tercapai **82,82 (kategori BAIK AA)** dengan rincian aspek keuangan tercapai 23,10 dan aspek pelayanan tercapai 59,72.

Realisasi Pendapatan untuk periode yang berakhir pada 31 Desember 2021 adalah sebesar Rp 85.132.609.033 atau mencapai 113,99% dari estimasi pendapatan yang

ditetapkan sebesar Rp 74.681.531.000. Realisasi Belanja TA 2020 hingga bulan Desember adalah sebesar Rp 135.455.074.045 atau 88,01% dari anggaran belanja sebesar Rp 153.908.914.000.

4.2 Langkah-Langkah Meningkatkan Kinerja

- a. Mendorong seluruh unit kerja melakukan kajian untuk lebih memahami kekuatan, kelemahan, peluang, serta ancaman sesuai dengan analisis SWOT pada kuadran II dalam mengelola potensi sumber daya untuk menghasilkan kinerja pelayanan dan peningkatan pendapatan operasional BLU.
- b. Dengan tersusunnya Laporan Tahun 2021 diharapkan dalam penyusunan RSB RSJRW tahun 2020 – 2024 perlu dijabarkan dalam Rencana Kinerja Tahunan yaitu RBA Tahun 2021 disertai target yang rasional sebagai pedoman dalam melaksanakan kinerja tahun berjalan dan perlu lebih dipertajam lagi untuk matrik keterkaitan sasaran strategis dan program kerja.
- c. 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.
- d. Perlunya melakukan pendekatan kepada sasaran layanan promotif dan preventif antara lain adalah lansia, anak remaja serta rehabilitasi penyalahgunaan Napza melalui survey-survey deteksi dini melalui media online/virtual. Memperluas target pasar layanan promotif dan preventif dengan pemetaan pemasaran yang jelas. Serta meningkatkan kualitas pelayanan khususnya ruang konseling dengan ketersediaan ruang yang nyaman dan fasilitas minuman. Serta mendorong tim marketing untuk mencari target pasar yang baru.
- e. Menyediakan layanan konsultasi secara virtual untuk klinik subspesialis, serta melakukan inovasi layanan dengan membuka jam layanan sore untuk layanan-layanan unggulan meliputi klinik jiwa, klinik umum, rehab medik, psikologi.
- f. Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia dilakukan dengan membina hubungan melalui media komunikasi virtual dengan kader-kader terkait, dan memfasilitasi telemedicine bagi yang membutuhkan.
- g. Melakukan komunikasi dengan investor pengelola wisata telaga yang sudah berproses pada tahun 2021 untuk bisa melaksanakan tindak lanjut pengelolaan wisata telaga bila aturan pembatasan mobilisasi masa telah diperlonggar. Selain itu juga melakukan kajian lebih lanjut atas potensi pemanfaatan asset untuk pertanian/perkebunan yang sudah dilakukan (pohon kayu tahun/jagung/dll) dengan evaluasi nilai sewa sesuai dengan harga

saat ini, dan tanaman lain (jahe merah, serai, kunyit) yang memiliki prospek pengelolaan kerjasama yang bagus.

- h. Pertumbuhan pendapatan dari sektor lain juga diharapkan bertambah yaitu dari pengelolaan aset wisata telaga, lahan pertanian, tarif sewa lahan dan gedung sesuai dengan rekomendasi LMAN.
- i. Penyusunan dan pengesahan pedoman pemanfaatan aset RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang dilengkapi dengan peta digital cluster-cluster tanah yang tersedia beserta tarif sewanya.
- j. Mendorong dilakukannya penelitian oleh pegawai maka dituangkan dalam pedoman remunerasi tentang reward kepada pegawai yang berkontribusi melakukan penelitian. Kerjasama dengan institusi Pendidikan untuk membuka jalur publikasi penelitian serta mengidentifikasi penelitian pegawai yang sudah masuk ke jurnal
- k. Melakukan vaksinasi seluruh tenaga kesehatan di RS menjadi salah satu fokus perhatian RS untuk menjaga derajat kesehatan pegawai. Selain itu tetap dilaksanakan pemantauan kepatuhan terhadap protokol Kesehatan baik di tempat kerja maupun di lingkungan tempat tinggal. Pertolongan kepada pegawai yang sedang terkonfirmasi covid-19 baik dalam penyediaan pertolongan medis maupun dalam bentuk fasilitas isolasi mandiri bagi yang membutuhkan, pengaturan antar jemput pegawai untuk meminimalkan kontak di kendaraan umum, manajemen SDM berupa karantina terpusat, maupun karantina mandiri
- l. Perlunya pengembangan kualitas pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian untuk mendukung potensi sebagai rumah sakit jiwa pendidikan
- m. Perlunya koordinasi, komunikasi, dan informasi dengan seluruh unit kerja secara lebih intensif agar kegiatan penelitian internal dapat terlaksana.
- n. Perlunya monitoring pelaksanaan pengadaan B/J secara efektif, transparan dan akuntabel mendukung reformasi birokrasi.

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021

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

Nama : dr. Yuniar, Sp.KJ.

Jabatan : Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Prof. Abdul Kadir, P.hd, Sp.THT-KL (K) MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 12 Maret 2021

Pihak Kedua,

Prof. Abdul Kadir, P.hd, Sp.THT-KL (K) MARS

NIP 196205231989031001

Pihak Pertama



dr. Yuniar, Sp.KJ.

NIP 196808171996032005

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021
RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif Konsumen				
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	80%
		2	Kecepatan respon terhadap komplain	100%
Perspektif Proses Bisnis				
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	3	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup.	10%
		4	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	2%
		5	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	10%
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	4
		7	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	2
		8	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	75%
4	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	50%
		10	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	25%
5	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> .	6
		12	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	5%

Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi				
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	75%
		14	Tercapainya indikator mutu unit kerja	90%
		15	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	2 Paket
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	100%
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	85%
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	75%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	21	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%
Perspektif Keuangan				
11	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	22	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan > 10%	5%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	23	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional \geq 45%	\geq 45%

No	Kegiatan	Anggaran
1	Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp. 71.275.136.000,-
2	Program Dukungan Manajemen	Rp. 74.681.531.000,-
	Total	Rp. 145.956.667.000,-

α Pihak Kedua, 



Prof. Abdul Kadir, P.hd, Sp.THT-KL (K) MARS

NIP 196205231989031001



dr. Yuniar, Sp.KJ.

NIP 196808171996032005



KONTRAK KINERJA
ANTARA

DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN



DENGAN

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG
KEMENTERIAN KESEHATAN RI
TAHUN 2021

Nomor : PRJ-8/PB/2021

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

1. Nama : Dr. Andin Hadiyanto, S.E., M.A.
Jabatan : Direktur Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan RI
Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan RI

Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**

2. Nama : dr. Yuniar Sp. KJ
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 2021, dengan ketentuan;

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

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar				Target 2021			
		TW I	TW II	TW III	TW IV	TW I	TW II	TW III	TW IV
1.	Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME)	25	50	75	100	75	100	100	100
2.	Kepatuhan Pelaksanaan Protokol Kesehatan	100	100	100	100	100	100	100	100
3.	Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis <i>Safewards</i> dan WHO- <i>Quality Right</i>	50%	60%	70%	80%	55%	65%	75%	85%
4.	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (PB)	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
5.	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU <i>Integrated Online System/BIOS</i>)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

PIHAK KEDUA bersedia menerapkan inovasi layanan berupa terlaksananya **Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)** dengan nilai 100 serta bersedia menerima konsekuensi atas capaian target kinerja dan inovasi layanan tersebut.

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

Jakarta, 25 Januari 2021

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
Direktur Jenderal,

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

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

dr. Yuniar Sp. KJ



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RSJ 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.02.03/XXVII/6544/2021

T E N T A N G

TIM PENYUSUN DAN EVALUASI

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2021

DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

- Menimbang:
- bahwa dalam rangka terlaksananya pelaporan capaian kinerja program dan kegiatan Tahun 2021 di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, perlu adanya laporan kegiatan yang transparan dan akuntabel;
 - bahwa untuk menyusun laporan program dan kegiatan Tahun 2021 yang transparan dan akuntabel diperlukan Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabel Kinerja (LAK);
 - bahwa berkaitan dengan hal tersebut, perlu ditetapkan dalam suatu keputusan;

- Mengingat:
- Undang-Undang RI No.1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
 - Undang-Undang RI No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 - Undang-Undang RI No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 - Peraturan Pemerintah RI No.8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
 - Peraturan Presiden RI No.29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
 - Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No.53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
 - Peraturan Menteri Kesehatan RI No.72/MenKes/Per/III/2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang;
 - Keputusan Menteri Kesehatan RI No.KP.03.03/Menkes/7096/2020 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan dari dan dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia;

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG TENTANG TIM PENYUSUN DAN EVALUASI LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2021 DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG;

KESATU...

- KESATU : Memberlakukan Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabel Kinerja (LAK) Tahun 2021 di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan uraian tugasnya sebagaimana terlampir dalam keputusan ini;
- KEDUA : Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabel Kinerja (LAK) Tahun 2021 bertugas menyusun dan melaporkan data capaian kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2021;
- KETIGA : Dalam melaksanakan tugasnya Tim Penyusun dan Evaluasi Laporan Akuntabel Kinerja (LAK) Tahun 2021 berpedoman pada peraturan perundang-undangan yang berlaku serta bertanggung jawab kepada Direktur Utama;
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku **sejak tanggal ditetapkan** dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di : Lawang
Pada Tanggal : 5 Oktober 2021
DIREKTUR UTAMA,



Lampiran
Keputusan Direktur Utama
RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
Nomor : HK.02.03/XXVII/6544/2021
Tanggal : 5 Oktober 2021
Tentang : Tim Penyusun dan Evaluasi
Laporan Akuntabel Kinerja (LAK) Tahun 2021
Di RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

**TIM PENYUSUN DAN EVALUASI
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2021
DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

- Pelindung : Direktur Utama
- Penasehat : 1. Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang
2. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Umum
3. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Barang Milik Negara
- Ketua : Unix Cahya Husada, S.Kep.,Ns
- Sekretaris : F. Titik Sunarsih, S.Kep
- Anggota : 1. dr. Gunawan, M.M.R.S
2. Susiati, S.ST.,M.M.
3. dr. Nany Wulandari
4. Ali Syamsi, S.E.,M.M.
5. Ribut Supriyatin, S.ST.,M.M.
6. Achmad Fatoni, S.Kom
7. Arif Wijaya, S.H.
8. Muhdorun, S.K.M.

**URAIAN TUGAS
TIM PENYUSUN DAN EVALUASI
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA (LAK) TAHUN 2021
DI RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

NO	JABATAN	TUGAS
1	Pelindung	Menelaah dan mengesahkan Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) Tahun 2021
2	Penasehat	Menelaah, memberikan masukan dan saran atas analisa data/permasalahan yang teridentifikasi di masing-masing Direktorat
3	Ketua	Mengoordinasikan seluruh kegiatan yang diperlukan untuk memperoleh data dukung, analisa data dan permasalahan untuk dituangkan dalam Laporan Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK) Tahun 2021
4	Sekretaris	Melaksanakan dan mendokumentasikan seluruh kegiatan untuk memperoleh data dukung dan analisa data sesuai dengan <i>template</i> laporan
5	Anggota	Memberikan data dukung dan analisa kegiatan sesuai dengan area koordinasi Substansi dan Sub Substansi masing-masing

Ditetapkan di : Lawang
Pada Tanggal : 5 Oktober 2021
DIREKTUR UTAMA,





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RS Jiwa Dr. RAJJIMAN 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



Januari 2022

Yth. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Kementerian Kesehatan RI
Jalan HR Rasuna Said Kav. X-5 No. 4-9
Jakarta Selatan

SURAT PENGANTAR

Nomor : PR.05.04/XXVII.2/ 2022

No	Naskah Dinas yang dikirimkan	Banyaknya	Keterangan
1.	Dokumen Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2021	1 Berkas	Untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Diterima tanggal

Penerima

.....

NIP



Direktur Utama

dr. Yuniar, Sp.KJ

NIP 196808171996032005