

RSUP FATMAWATI

LKj 2018

LAPORAN KJNERJA



Jl. RS Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan 12430 Telp. (021) 7501524, 76660552
(Hunting), Fax. 7690123 Email : rsupf@fatmawatihospital.com ; Website:
www.fatmawatihospital.com



LAPORAN KINERJA (LKj)
RSUP FATMAWATI
TAHUN 2018

KATA PENGANTAR



Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati dapat diselesaikan dengan baik. Hal ini tidak lain adalah berkat rahmat Allah SWT serta kerja sama dan koordinasi yang penuh semangat diseluruh jajaran manajemen maupun fungsional.

Dengan ditetapkannya RSUP Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), maka RSUP Fatmawati sebagai instansi pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Kinerja sebagai pertanggungjawaban terhadap keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan

Penyusunan Laporan Kinerja RSUP Fatmawati dilaksanakan secara periodik (setahun sekali) dan merupakan mata rantai yang tidak dapat dipisahkan atas perwujudan Rencana Strategis Bisnis (RSB) serta Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) RSUP Fatmawati. Selain sebagai tolak ukur pencapaian kinerja selanjutnya yang senantiasa dikawal dengan kegiatan, monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan secara berkala dan konsisten.

Kami berharap dengan tersusunnya Laporan Kinerja RSUP Fatmawati tahun 2018 ini sebagai perwujudan tanggung jawab kinerja yang akuntabel, mutu pelayanan RSUP Fatmawati semakin baik dan dapat mewujudkan visinya : **“Menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional Dengan Layanan Unggulan Spine dan Trauma Tahun 2019”** melalui misi, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam penyusunan RSB.



Jakarta, Januari 2019
Direktur Utama RSUP Fatmawati

Dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH
NIP. 196000091986101002

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	2
C. Tugas Pokok dan Fungsi	2
D. Sistematika Penulisan	4

BAB II : PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja	5
B. Perjanjian Kinerja	12

BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi	15
B. Realisasi Anggaran	61

BAB IV : PENUTUP 63

LAMPIRAN – LAMPIRAN

RINGKASAN EKSEKUTIF

Dengan ditetapkannya RSUP Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI, maka RSUP Fatmawati sebagai Instansi Pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Kinerja (LKj). LKj RSUP Fatmawati disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas, dan berisi hasil pengukuran kinerja dari sasaran strategis yang telah ditetapkan selama tahun 2018. Hasil pengukuran kinerja yang telah ditetapkan selama tahun 2018 secara keseluruhan mencapai target yang telah ditetapkan.

Dalam Revisi Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati Tahun 2017 – 2019 tercantum sasaran strategis, indikator kinerja serta target capaian selama tahun 2018 sebagai berikut :

1. Sasaran Strategis: Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian
 - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar 85%
2. Sasaran Strategis: Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien
 - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) % Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar 80%
 - 2) % Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar 70%
3. Sasaran Strategis: Terwujudnya sistem informasi terintegrasi
 - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) % Integrasi sistem informasi dengan target 80%
4. Sasaran Strategis: Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian
 - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun 25
 - 2) % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi 90%

5. Sasaran Strategis: Tercapainya *Supply Chain Management System*

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak 100%

6. Sasaran Strategis: Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain, 1 Penelitian.

7. Sasaran Strategis: Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) Ketepatan identifikasi pasien 100%
 - 2) Penerapan keselamatan operasi 100%

8. Sasaran Strategis: Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) Indeks kepuasan pelanggan 80%

9. Sasaran Strategis: Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) Rasio PNBPN terhadap biaya operasional 75%

Capaian indikator kinerja rata-rata sudah lebih dari 100%, bisa diasumsikan arah gerak strategi dalam memenuhi visi misi sudah sesuai dengan harapan dengan rata-rata capaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2018. sebesar **111,57%**. Sedangkan capaian kinerja menggunakan Dana DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2018 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 684.712.608.106,- atau 85,36% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp 802.145.765.000,- .

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan negara yang bersih dan bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme sesuai Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 Tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme maka dalam pelaksanaannya harus berpedoman pada azas-azas umum penyelenggaraan negara yang meliputi azas kepastian hukum, tertib penyelenggaraan negara, kepentingan umum, keterbukaan proporsionalitas dan akuntabilitas didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan Instansi Pemerintah untuk berakuntabilitas dan melaporkan kinerjanya kepada pihak yang memiliki hak atau berkewenangan untuk meminta pertanggung-jawaban..

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 Tahun 2014 Tanggal 20 November 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan serta Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan No: HK 02.04/II/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis Di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

Dengan ditetapkannya RSUP Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), maka RSUP Fatmawati sebagai instansi pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Kinerja (LKj) sebagai pertanggung-jawaban terhadap keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Untuk memenuhi hal tersebut diatas, RSUP Fatmawati setiap tahun menyampaikan Laporan Kinerja kepada Kementerian Kesehatan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati tahun 2018 disusun sebagai bentuk pertanggung-jawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas dalam kurun waktu tahun 2018. Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati merupakan rangkuman dari suatu proses evaluasi kinerja dari masing-masing Direktorat dan Unit Kerja yang ada di RSUP Fatmawati. Diharapkan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati dapat merefleksikan manajemen RSUP Fatmawati yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi kepada hasil.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Berdasarkan Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor: HK.01.07/VIII.2/10649/2018 tanggal 28 September 2018 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja RSUP Fatmawati. RSUP Fatmawati mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut:

1. Tugas Pokok RSUP Fatmawati :

RSUP Fatmawati Jakarta mempunyai tugas pokok menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian.

2. Fungsi RSUP Fatmawati yaitu menyelenggarakan :

- a. Pelayanan Medis
- b. Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis
- c. Pelayanan dan Asuhan Keperawatan
- d. Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit
- e. Pelayanan Rujukan
- f. Pendidikan dan Pelatihan di Bidang Kesehatan
- g. Penelitian dan Pengembangan
- h. Administrasi Umum dan Keuangan

Sebagaimana tersaji dalam diagram di atas, struktur organisasi RSUP Fatmawati terdiri atas 3 (tiga) Direktorat, 7 (tujuh) Komite dan Satuan Pemeriksaan Intern (SPI). Dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, pelaksanaan kegiatan RSUP Fatmawati didukung oleh sumber daya manusia per 31 Desember 2018 sebanyak 2.482 pegawai yang terdiri dari 1.596 orang PNS dan 886 orang Non PNS.

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Laporan kinerja RSUP Fatmawati tahun 2018 ini menjelaskan pencapaian kinerja RSUP Fatmawati selama tahun 2018. Capaian kinerja tersebut dibandingkan dengan rencana kerja dan target yang ditetapkan tiap-tiap indikator di dalam Rencana Strategis RSUP Fatmawati revisi tahun 2017 – 2019 sebagai tolak ukur keberhasilan tahunan.

Dari analisa atas capaian kinerja diharapkan dapat diidentifikasi berbagai informasi untuk perbaikan kinerja di masa yang akan datang. Adapun Sistematika Penulisan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati Tahun 2018 sebagai berikut :

1. **Bab I Pendahuluan**, menjelaskan secara ringkas latar belakang, maksud dan tujuan, tugas pokok dan fungsi, struktur organisasi RSUP Fatmawati, serta sistematika penulisan laporan.
2. **Bab II Perencanaan Kinerja**, menjelaskan tentang sasaran strategis, Perjanjian Kinerja, indikator kinerja dan target yang ingin dicapai RSUP Fatmawati pada tahun 2018.
3. **Bab III Akuntabilitas Kinerja**, menjelaskan tentang pengukuran dan analisis pencapaian kinerja serta realisasi anggaran yang mendukung pencapaian kinerja RSUP Fatmawati.
4. **Bab IV Penutup** berisi kesimpulan dari Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati tahun 2018 dan langkah selanjutnya untuk meningkatkan kinerja organisasi.
5. **Lampiran**

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN KINERJA

Rencana Strategis Bisnis (RSB) bagi sebuah organisasi publik merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholders*. Rencana Strategis Bisnis juga merupakan bentuk tanggung jawab utama jajaran manajemen puncak organisasi publik terhadap pemenuhan kepentingan *stakeholders*. Oleh karena itu, Rencana Strategis Bisnis organisasi seharusnya menjadi pedoman utama bagi setiap jajaran manajemen puncak dari suatu organisasi publik dalam menilai kemajuan status pencapaian visi dan target kinerja organisasi jangka pendek dan panjang serta mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda organisasinya agar sejalan dengan tuntutan utama *stakeholders*.

Berdasarkan *dokumen Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Fatmawati tahun 2017 – 2019*, sasaran hasil program adalah peningkatan kompetensi sumber daya manusia, pemenuhan sumber daya sesuai standar, integrasi sistem informasi dan sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian serta pengembangannya, supply chain management, pelayanan berbasis mutu dan keselamatan, kepuasan pelanggan dan kendali mutu dan kendali biaya. Untuk mencapai sasaran hasil program tersebut, Sasaran yang diharapkan adalah :

1. Terciptanya SDM yang memenuhi kompetensi dalam pelayanan unggulan spine dan trauma.

Indikator :

Persentasi pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar

2. Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien.

Indikator :

- a. Persentasi pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar
- b. Persentasi pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar

3. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi

Indikator :

Persentasi integrasi sistem informasi

4. Terwujudnya integrasi sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian.

Indikator :

- a. Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun
- b. Persentasi pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi

5. Tercapainya supply chain management

Indikator :

Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)

6. Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain

Indikator :

Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain.

7. Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien

Indikator :

- a. Ketepatan identifikasi pasien
- b. Penerapan keselamatan operasi

8. Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal

Indikator :

Indeks kepuasan pelanggan

9. Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya

Indikator :

Rasio PNPB terhadap biaya operasional

Key Performance Indeks (KPI) berfungsi sebagai alat ukur tingkat keberhasilan secara kuantitatif di tiap tahun atas kemajuan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategis. Target KPI yang ditetapkan tiap tahun diupayakan ada peningkatan secara kuantitatif hingga terwujudnya visi RSUP Fatmawati Tahun 2019.

Program Kerja Strategis

Untuk mewujudkan target KPI yang telah ditentukan di atas, ada serangkaian program kerja strategis yang perlu dilakukan oleh RSUP Fatmawati pada periode tahun 2017 - 2019. Penentuan program kerja strategis RSUP Fatmawati untuk mewujudkan sasaran strategis dan target KPI nya diarahkan pada tiga tipe berikut ini:

a) Program kerja strategis yang bersifat pemantapan :

Tujuan dari diusulkannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu memastikan bahwa pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai sudah berjalan efektif untuk terus dilanjutkan di masa-masa mendatang dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati pada periode tahun 2017 - 2019.

b) Program kerja strategis yang bersifat perbaikan :

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu menyempurnakan atau menata ulang pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai belum berjalan cukup efektif dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati.

c) Program kerja strategis yang bersifat pengembangan :

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk mengembangkan inisiatif baru pelaksanaan suatu mekanisme atau sebuah sistem manajemen tertentu dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis RSUP Fatmawati.

Berikut ini disajikan berbagai program kerja strategis untuk masing-masing perspektif peta strategis yang dilakukan RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017-2019.

Tabel II. 3. Program Kerja Strategis 2017-2019

NO	KPI	PIC	PROGRAM KERJA		
			2017	2018	2019
1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar kebutuhan pelayanan unggulan <i>spine</i> dan trauma	Dir USP Bagian SDM	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan kompetensi SDM melalui pendidikan dan pelatihan sesuai layanan unggulan <i>spine</i> & trauma • Perencanaan Pemenuhan SDM layanan unggulan <i>spine</i> & trauma • Evaluasi kompetensi SDM sesuai standar layanan unggulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan kebutuhan SDM layanan unggulan <i>spine</i> & trauma • Pengembangan kompetensi SDM melalui pendidikan dan penelitian sesuai layanan unggulan <i>spine</i> & trauma • Evaluasi kompetensi SDM sesuai standar layanan unggulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan kebutuhan SDM layanan unggulan <i>spine</i> & trauma • Pengembangan kompetensi SDM melalui pendidikan dan penelitian sesuai layanan unggulan <i>spine</i> & trauma • Evaluasi kompetensi SDM sesuai standar layanan unggulan
2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan dan non medik sesuai standar Pelayanan GPS untuk Spine	DMK Dir USP Dir Keu	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan 70% sarana dan prasarana alat medik kesehatan dan non medik yang sesuai standar pelayanan unggulan <i>spine</i> dan trauma. • Pemantapan Proposal Gedung Spine dan Trauma Center 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan 80% sarana dan prasarana alat medik kesehatan yang sesuai standar pelayanan unggulan <i>spine</i> dan trauma. • <i>Design and build</i> gedung Spine dan Trauma Center • Pembangunan Gedung Spine dan Trauma Center Tahap 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemenuhan 90% sarana dan prasarana alat medik kesehatan yang sesuai standar pelayanan unggulan <i>spine</i> dan trauma. • Pembangunan Gedung Spine dan Trauma Center Tahap 2
3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3	Dir USP KPPI K3	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan area lokasi layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma • Perencanaan design dan layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma sesuai standar PPI dan K3 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembangunan tahap I gedung layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma • Pemenuhan sarana dan prasarana gedung layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma sesuai standar PPI dan K3 	<ul style="list-style-type: none"> • Pembangunan tahap II gedung layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma • Pemenuhan sarana dan prasarana gedung layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma sesuai standar PPI dan K3 • Operasional gedung layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma sesuai standar PPI dan K3

4	% Integrasi sistem informasi	Dir Keu ISIRS	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS <i>e medical record</i> • Penerapan Sistem Informasi Indikator Mutu RS Terintegrasi • Pembuatan Aplikasi RS Keuangan (<i>Back Office</i>) berbasis Web • Pembuatan dan penerapan Aplikasi Pendidikan / Pelatihan • Komunikasi data antar institusi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS <i>e medical record</i> • Pembuatan Aplikasi RS terintegrasi Barang Persediaan Medik dan Non Medik, SDM (<i>Back Office</i>) • Pengembangan lanjutan Sistem Informasi Indikator Mutu Terintegrasi • Komunikasi data antar institusi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS <i>e medical record</i> • Lanjutan Aplikasi RS terintegrasi Barang Persediaan Medik dan Non Medik, SDM (<i>Back Office</i>) • Pengembangan lanjutan Sistem Informasi Indikator Mutu Terintegrasi • Komunikasi data antar institusi
5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	DMK Dir USP Komdik Komlitbang Bag Diklit	<ul style="list-style-type: none"> • Implementasi Penelitian sesuai standar • Publikasi penelitian lokal 	<ul style="list-style-type: none"> • Publikasi penelitian Nasional (50%) • Peningkatan kerjasama penelitian 	<ul style="list-style-type: none"> • Publikasi penelitian Internasional (30%)
6	% Pelaksanaan supervisi PPDS/PPDGS oleh DPJP sesuai level kompetensi	DMK Dir USP Komdik Komkep Bag Diklit	<ul style="list-style-type: none"> • Membuat aplikasi registrasi, <i>log book</i>, dan supervisi • Koordinasi antara KSM dan Program Studi Kedokteran • Uji coba aplikasi • Pelaksanaan registrasi, <i>log book</i>, dan supervisi • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyempurnaan aplikasi registrasi, <i>log book</i> dan supervisi • Pelaporan setiap bulan • Evaluasi • <i>Feed back</i> setiap 3 bulan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaporan setiap bulan • Evaluasi • <i>Feed back</i> setiap 3 bulan
7	6. % Evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)	Dir Keu DMK Dir USP	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi kerjasama layanan kontrak dari hasil kerja pihak ketiga sesuai kontrak setiap 3 bulan • Tindak lanjut hasil evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi kerjasama layanan kontrak dari hasil kerja pihak ketiga sesuai kontrak setiap 3 bulan • Tindak lanjut hasil evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan evaluasi kerjasama layanan kontrak dari hasil kerja pihak ketiga sesuai kontrak setiap 3 bulan • Tindak lanjut hasil evaluasi

8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain dalam pemenuhan untuk menjadi RS rujukan spine dan trauma	Dir USP Bag Diklit Komlitb ang	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi dengan KSM, Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan dan Penunjang Kesehatan lainnya • Penyusunan dokumen PKS • Visitasi • Pelaksanaan kegiatan • Evaluasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan program bersama KSM, Bid Kep, KomKep dan penunjang Kesehatan lain yang terkait program baru tahun 2018 • Penyusunan dokumen PKS • Visitasi modul baru • Penyusunan dan pengesahan kurikulum & modul baru • Pelaksanaan Pelatihan • Evaluasi Pelatihan • Evaluasi modul dan PKS • Umpan balik dan rencana tindak lanjut 	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi dg KSM, Bid Kep, Kom Kep dan Penunjang Kesehatan lain • Penyusunan dokumen PKS • Visitasi • Penyusunan dan pengesahan kurikulum & modul • Pelaksanaan Pelatihan • Evaluasi Pelatihan • Evaluasi modul dan PKS • Umpan balik dan rencana tindak lanjut
9	Indeks Kepuasan Pelanggan	Direksi IPKH	<ul style="list-style-type: none"> • Survey Kepuasan Pelanggan • Akreditasi RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Survey Kepuasan Pelanggan • Akreditasi RS 	<ul style="list-style-type: none"> • Survey Kepuasan Pelanggan • Akreditasi RS
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	DMK KMMR	<ul style="list-style-type: none"> • Re edukasi terkait sasaran keselamatan pasien • Sosialisasi SPO Pemantauan Identifikasi Pasien • Pemantauan Ketepatan Identifikasi Pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Review Kebijakan dan Prosedur terkait sasaran keselamatan pasien • Evaluasi hasil pemantauan ketepatan identifikasi pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Review Kebijakan dan prosedur terkait sasaran keselamatan pasien • Evaluasi hasil pemantauan Ketepatan identifikasi pasien
11	Penerapan keselamatan operasi	DMK KMMR	<ul style="list-style-type: none"> • Re edukasi terkait penerapan keselamatan operasi • Sosialisasi SPO Pemantauan penerapan keselamatan operasi • Pemantauan kepatuhan penerapan keselamatan operasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Review Kebijakan dan Prosedur terkait penerapan keselamatan operasi • Evaluasi hasil pemantauan kepatuhan penerapan keselamatan operasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Review Kebijakan dan dan prosedur terkait Penerapan keselamatan Operasi • Evaluasi hasil pemantauan kepatuhan penerapan keselamatan pasien

12	% Tingkat Pencapaian POBO	Direksi SPI	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan BOR • Pengendalian ALOS • Evaluasi Kinerja Keuangan <i>Revenue Center</i> • Percepatan Klaim • Evaluasi KSO 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan BOR • Pengendalian ALOS • Evaluasi Kinerja Keuangan <i>Revenue Center</i> • Percepatan Klaim • Evaluasi KSO 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan BOR • Pengendalian ALOS • Evaluasi Kinerja Keuangan <i>Revenue Center</i> • Percepatan Klaim • Evaluasi KSO
----	---------------------------	-------------	---	---	---

Dalam Melaksanakan Program dan kegiatan untuk mencapai sasaran, untuk pembangunan gedung Spine Centre dan Trauma Centre tidak terealisasi di tahun 2018 karena adanya perubahan kebijakan tentang alokasi anggaran PNPB tidak mencukupi.

Pada tahun 2018 Program dan Kegiatan berdasarkan Perjanjian Kinerja RSUP Fatmawati sebesar Rp. 792.463.490.000,- . Pada tahun berjalan terjadi perubahan, pagu diakhir tahun menjadi Rp. 802.145.765.000,- (1,22%). Kenaikan sebesar 1,22% dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

1. Revisi alokasi anggaran karena adanya penambahan alokasi Gaji dan Tunjangan yang berasal dari rupiah murni (2094.994) sebesar Rp 1.926.773.000 (semula Rp 135.627.987.000 menjadi Rp 137.554.760.000).
2. Adanya surat dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : PR.04.02/II/4519/2018 tanggal 18 September 2018, perihal Pergeseran Anggaran *Refocusing* Internal Ditjen Pelayanan Kesehatan TA 2018 dan surat No. PR.04.02/II/4716/2018 tanggal 4 Oktober 2018 perihal Perubahan Pergeseran Anggaran *Refocusing* Internal Ditjen Pelayanan Kesehatan TA 2018. Dari hasil pengalihan RSUP Fatmawati mendapatkan sebesar Rp 7.755.502.000.
3. Revisi Anggaran (*Refocusing*) dari pemerintah (Rupiah Murni) untuk yang dialokasikan peruntukan :
 - Belanja Modal Alat Kesehatan Rp 4.998.954.000,- (UTDRS)
 - Belanja Barang Farmasi / Obat Rp 2.756.548.000,- (Farmasi)

Jumlah

Rp 7.755.502.000,-

B. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian kinerja merupakan lembar/dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Melalui perjanjian kinerja, terwujudlah komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia. Target kinerja yang diperjanjikan juga mencakup *outcome* yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahun., Adapun Perjanjian Kinerja Tahun 2018 adalah sebagai berikut:



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

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

Nama : dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta, Kementerian Kesehatan RI

selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 18 Desember 2017

 <p>Pihak Kedua</p> <p>dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS NIP 196108201988121001</p>	 <p>Pihak Pertama /s/</p> <p>dr. M. Syafak Hanung, Sp.A, MPH NIP 196010091986101002</p>
--	--

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018
RSUP FATMAWATI

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Terwujudnya Peningkatan Komitmen SDM dalam Pengembangan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	1	Persentase Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	85%
2	Terpenuhinya Sumber Daya sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien	2	Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	80%
		3	Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	70%
3	Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi	4	Persentase integrasi sistem informasi	80%
4	Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	25
		6	Persentase pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	90%
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7	Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerja sama layanan kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan identifikasi pasien	100%
		10	Penerapan keselamatan operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks kepuasan pelanggan	80
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75%

Kegiatan

1. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan

Anggaran

Rp 792.463.490.000,-

Jakarta, 18 Desember 2017

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama,



dr. (K) Syafak Hanung, Sp.A, MPH
NIP. 196010091986101002

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pengukuran dan Analisis Capaian Kinerja bertujuan untuk mengetahui capaian kinerja, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran yang telah ditetapkan dalam Revisi RSB RSUP Fatmawati tahun 2017–2019. Masing-masing sasaran strategi mempunyai indikator kinerja yang telah ditargetkan dengan capaian sebagai berikut :

NO	SASARAN STRATEGIS	NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	85%	100%	117,65
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras medik dan non medik sesuai standar	80%	83,90%	104,88
		3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	70%	84,76%	121,08
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4	% Tingkat integrasi sistem informasi	80%	81,02%	101,28
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	25	25	100
		6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	90%	81,40%	90,44
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7	% Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	100%	100%	100
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1	2	200
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	97,32%	97,32
		10	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100%	100
8	Tercapainya peningkatan akseibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks Kepuasan Pelanggan	80%	79,30%	99,13
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75%	80,30%	107,07
			RERATA			111,57

Indikator Kinerja yang digunakan untuk mencapai Sasaran Strategis di RSUP Fatmawati dalam kurun waktu satu tahun sebagai berikut :

1. Terwujudnya Peningkatan Komitmen SDM dalam Pengembangan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian

Indikator Kinerja :

1) Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai standar

Terkait dengan visi RSUP Fatmawati untuk memiliki layanan unggulan *Spine Center*, kompetensi SDM sesuai standar yang dimaksud adalah SDM yang sudah memiliki sertifikasi terhadap pendidikan / pelatihan untuk Orthopedi dengan spesialisasi *Spine*, Rehabilitasi Medik dengan spesialisasi *Spine*, Saraf dengan Spesialisasi Saraf Belakang.

a. Kondisi yang dicapai :

Capaian Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM Sesuai Standar

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai Standar	80%	91,65%	114,56	85%	100%	117,65%	90%

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :

Realisasi Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai standar Tahun 2018 adalah 100% dari target Indikator yang ditetapkan dalam RSB sebesar 85% sehingga pencapaiannya 117,65%. Terlampauinya target indikator yang ditetapkan disebabkan sebagian besar SDM yang ditunjuk untuk menjadi anggota tim *Spine & Trauma Center* sudah mendapatkan pendidikan pengembangan keterampilan di bidang *Spine*.

c. Rekomendasi rencana tindak lanjut:

1. Melakukan pelatihan internal secara berkala bagi tenaga kesehatan yang terlibat dalam pelayanan Spine dan Trauma.
2. Membangun jejaring dengan rumah sakit didalam maupun luar negeri dalam rangka pemenuhan kompetensi pegawai melalui program magang.

2. Terpenuhinya Sumber Daya Sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator Kinerja :

2) Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan Medik dan Non Medik Sesuai Standar

Indikator Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar memiliki definisi operasional sebagai pengadaan sarana, prasarana medik (pendukung sarana), alat medik dan non medik sesuai dengan usulan dari satuan kerja sesuai standar kebutuhan pelayanan unggulan spine dan trauma. Pemenuhan dapat dilakukan melalui KSO, CSR dan hibah.

Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Non Medik adalah pengadaan sarana dan prasarana sesuai dengan standar kebutuhan pelayanan unggulan spine dan trauma.

Capaian indikator diperoleh dari nilai rata-rata realisasi pemenuhan kebutuhan sarana prasarana medik dan non medik tahun 2018 atau dengan formula sebagai berikut:

- Capaian pemenuhan sarana prasarana alat kesehatan medik:

$$\frac{\text{Jumlah sarpras alkes medik yang terealisasi}}{\text{Jumlah seluruh sarpras alkes medik yang dibutuhkan}} \times 100\%$$

Jumlah seluruh sarpras alkes medik yang dibutuhkan

- Sedangkan formula Capaian pemenuhan sarana prasarana non medik:

$$\frac{\text{Jumlah sarpras non medik yang terealisasi}}{\text{Jumlah seluruh sarpras non medik yang dibutuhkan}} \times 100\%$$

Jumlah seluruh sarpras non medik yang dibutuhkan

- Realisasi total diperoleh dengan menghitung rata-rata kedua komponen capaian tersebut yaitu:

$$\frac{\% \text{ Capaian pemenuhan sarpras alkes medik} + \% \text{ Capaian pemenuhan sarpras non medik}}{2}$$

a. Kondisi yang dicapai :

Capaian Persentase Kebutuhan Sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Persentase Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%	55,49%	79,26	80%	83,90%	104,88	90%

b. Analisa Penyebab Ketidakberhasilan/Permasalahan :

- Keterbatasan anggaran menjadi kendala utama dalam penyediaan sarana dan prasarana alat medik dan non medik yang dibutuhkan *elayanan spine centre*.
- Belum adanya prioritas pengadaan alat medik untuk pelayanan yang menjadi unggulan.

c. Usul pemecahan masalah:

- ✚ Memprioritaskan pengadaan untuk pelayanan yang menjadi unggulan rumah sakit.
- ✚ Melakukan Review kembali daftar kebutuhan alat medik Spine dan Trauma Center.

d. Upaya yang telah dilakukan:

1. Membuat rencana pengadaan/TOR alat medik dan non medik di tahun 2018 untuk pemenuhan kebutuhan pelayanan *spine center* dan trauma;
2. Pemenuhan alat medik untuk layanan unggulan dengan menggunakan anggaran PNBK tahun 2018 berupa 1 set *active spine Rehabilitation (DBC)* sebesar Rp 3.350.000.000,- (tiga milyar tiga ratus lima puluh juta rupiah) yang terdiri dari :
 - Lumbal Thoracic Extension (LTE)
 - Lumbal Thoracic Flesion (LTF)
 - Lumbal Thoracic Rotation (LTR)

- Multipurpose Leg Press (MPL)
 - Umbel Thoracic Lateral Flexion,
 - Measurement Devices: Muscle Monitor (EMG), Strength Tester (ST)
3. Monitoring dan Evaluasi pemenuhan kebutuhan alat medik untuk pelayanan spine dari pelayanan rawat jalan, kamar operasi dan ruang perawatan.

Indikator Kinerja :

3) Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Pengendalian Infeksi dan K3 Sesuai Standar

Indikator Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Pengendalian Infeksi dan K3 sesuai standar memiliki definisi operasional sebagai kegiatan pemantauan ketersediaannya sarana prasarana sesuai kaidah PPI dan K3 di area pelayanan rumah sakit sesuai standar kebutuhan pelayanan unggulan spine dan trauma.

Capaian indikator diperoleh dari nilai rata-rata realisasi pemenuhan kebutuhan sarana prasarana pengendalian Infeksi dan K3 tahun 2018 atau dengan formula sebagai berikut:

- Capaian pemenuhan sarana prasarana pengendalian Infeksi sesuai standar:

$\frac{\text{Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar PPI}}{\text{Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar PPI yang harus dipenuhi RS}} \times 100\%$

Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar PPI yang harus dipenuhi RS

- Sedangkan formula Capaian pemenuhan sarana prasarana K3 sesuai standar :

$\frac{\text{Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar K3}}{\text{Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar K3 yang harus dipenuhi RS}} \times 100\%$

Jumlah sarpras yang tersedia di RS sesuai standar K3 yang harus dipenuhi RS

- Realisasi total diperoleh dengan menghitung rata-rata kedua komponen capaian tersebut yaitu:

$\frac{\% \text{ Capaian pemenuhan sarpras Pengendalian Infeksi sesuai standar} + \% \text{ Capaian pemenuhan sarpras K3 sesuai standar}}{2}$

2

Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Pengendalian Infeksi sesuai standar :

Spine & Trauma Centre merupakan salah satu layanan unggulan di RSUP Fatmawati : Layanan ini harus terselenggara / berjalan sesuai dengan kaidah Pencegahan dan Pengendalian infeksi agar meminimalisasi terjadinya HAIs.

Healthcare Associated Infection (HAIs) adalah infeksi yang didapat seseorang selama berada di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan yang mana saat masuk rumah sakit tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi didapat di rumah sakit tetapi muncul setelah pulang, juga infeksi pada petugas kesehatan karena pekerjaannya. Infeksi tersebut dapat dicegah dan dikendalikan dengan menerapkan kewaspadaan standar, salah satu kewaspadaan standar adalah pengendalian lingkungan rumah sakit. Lingkungan rumah sakit yang dapat meningkatkan risiko infeksi meliputi sarana dan prasarana yang terdiri dari bangunan gedung beserta fasilitas yang ada di dalamnya. Sarpras yang dipantau antara lain: langit-langit, dinding, lantai, kursi, kran, tempat sampah, tiang infus, tempat tidur, tabung oksigen, troli tindakan, brankar, nakas, meja pasien, pendant, meja mayo, kursi roda, troli waskom, waskom untuk memandikan, bantal, dan kasur. Pemantauan dilakukan di ruangan yang merawat pasien kasus penyakit tulang belakang yaitu di GPS lantai 1, GPS lantai 4, Bougenvile lantai 5 OK 8, OK 9 dan Poliklinik Ortopedi.

Pemantauan adalah kegiatan mengumpulkan data atau informasi melalui pengamatan langsung terhadap situasi / kenyataan yang ada untuk memastikan dan mengendalikan keserasian kondisi di lapangan dengan standar yang ditetapkan, dengan demikian dapat diketahui kesenjangan antara fasilitas yang sesuai standar dan yang tidak sesuai standar. Dalam hal ini Komite PPI melakukan pemantauan "Persentase pemenuhan kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi" sebagai salah satu indikator kinerja direktur RSUP Fatmawati Tahun 2018 yang akan dilaporkan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI.

Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana K3 Sesuai Standar

Sarana didefinisikan sebagai segala sesuatu benda fisik yang dapat tervisualisasi oleh mata maupun teraba panca indera dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan umumnya merupakan bagian dari suatu bangunan gedung (pintu, lantai, dinding, tiang kolong gedung, jendela) ataupun bangunan itu sendiri. Sedangkan prasarana adalah seluruh jaringan / instalasi yang membuat suatu sarana bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan, antara lain; instalasi air bersih dan air kotor, instalasi listrik, gas medis, komunikasi, dan pengkondisian udara dan lain-lain.

Standar K-3 Sarana, Prasarana dan Peralatan harus meliputi :

1. Standar Manajemen

Standar manajemen sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit meliputi :

A. Setiap sarana dan prasarana serta peralatan Rumah Sakit harus dilengkapi dengan :

- 1) Kebijakan tertulis tentang pengelolaan K-3 yang mengacu minimal pada peraturan sebagai mana tersebut pada dasar hukum.
- 2) Pedoman dan standar prosedur operasional K-3
- 3) Perizinan sesuai dengan peraturan yang berlaku meliputi :
 - a. Izin mendirikan bangunan
 - b. Izin penggunaan Bangunan khusus untuk DKI Jakarta Raya
 - c. Izin berdasarkan Undang-Undang Gangguan
 - d. Rekomendasi Dinas pemadam Kebakaran
 - e. Izin Deepwell khusus untuk DKI Jakarta Raya
 - f. Izin Operasional Rumah Sakit untuk Rumah sakit Swasta atau BUMN
 - g. Izin Pemakaian Lift
 - h. Izin Instalasi Listrik
 - i. Izin pemakaian Diesel
 - j. Izin Instalasi Petir
 - k. Izin Pemakaian Boiler
 - l. Penggunaan Radiasi
 - m. Izin Bejana Tekan
 - n. Izin Pengolahan limbah padat, Cair dan Gas
- 4) Sistem Komunikasi baik internal maupun eksternal
- 5) Sertifikasi Peralatan Medik maupun Non Medik
- 6) Program Pemeliharaan
- 7) Alat Pelindung Diri (APD) yang memadai, siap dan layak pakai
- 8) Rambu-rambu K-3 seperti rambu larangan dan rambu penunjuk arah
- 9) Fasilitas sanitasi yang memadai dan memenuhi persyaratan kesehatan
- 10) Fasilitas penanganan limbah padat, cair dan gas

B. Kalibrasi (*internal* dan *legal*) secara berkala terhadap sarana, prasarana dan peralatan yang disesuaikan dengan jenisnya.

2. Standar Teknis

A. Standar teknis sarana

- 1) Lantai
- 2) Dinding (Kepmenkes No.1204 tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan RS)
- 3) Pintu / jendela
- 4) *Plafond*
- 5) Ventilasi
- 6) Atap
- 7) Sanitair
- 8) Air bersih
- 9) Plumbing
- 10) Drainage
- 11) *Ramp*
- 12) Tangga
- 13) Pendestrian
- 14) Area parkir
- 15) Landscape : Jalan dan Taman

3. Standar teknis Prasarana meliputi :

a) Manajemen Risiko K3RS;

- 1) Persiapan/Penentuan Konteks Kegiatan Yang Akan Dikelola Risikonya;
- 2) Identifikasi Bahaya Potensial;
- 3) Analisis Risiko;
- 4) Evaluasi Risiko;
- 5) Pengendalian Risiko;
- 6) Komunikasi Dan Konsultasi; Dan
- 7) Pemantauan Dan Telaah Ulang.

b) Keselamatan Dan Keamanan Di Rumah Sakit;

- 1) Identifikasi Dan Penilaian Risiko;
- 2) Pemetaan Area Risiko; Dan
- 3) Upaya Pengendalian.

c) Pelayanan Kesehatan Kerja;

- 1) Kegiatan yang bersifat promotif :
 - i. Pemenuhan Gizi Kerja,
 - ii. Kebugaran, Dan
 - iii. Pembinaan Mental Dan Rohani.
- 2) Kegiatan yang bersifat preventif :
 - i. Imunisasi Dilakukan Bagi Tenaga Kesehatan Dan Tenaga Non Kesehatan Serta SDM Rumah Sakit Lainnya Yang Berisiko.
 - ii. Pemeriksaan Kesehatan,
 - iii. Surveilans Lingkungan Kerja, Dan
 - iv. Surveilans Medik.
- 3) Pemeriksaan kesehatan bagi SDM Rumah Sakit yang meliputi:
 - i. Pemeriksaan Kesehatan Sebelum Bekerja;
 - ii. Pemeriksaan Kesehatan Berkala;
 - iii. Pemeriksaan Kesehatan Khusus; Dan
 - iv. Pemeriksaan Kesehatan Pasca Bekerja.
- 4) Kegiatan yang bersifat kuratif meliputi :
 - i. Pelayanan Tata Laksana Penyakit Baik Penyakit Menular, Tidak Menular,
 - ii. Penyakit Akibat Kerja Dan
 - iii. Kecelakaan Akibat Kerja, Dan
 - iv. Penanganan Pasca Pemajanan (*Post Exposure Profilaksis*).
- 5) Kegiatan yang bersifat rehabilitatif meliputi :
 - i. Rehabilitasi Medik Dan
 - ii. Program Kembali Bekerja (*Return To Work*).

d) Pengelolaan Bahan Berbahaya Dan Beracun (B3) Dari Aspek K3;

- 1) Identifikasi dan inventarisasi Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) di Rumah Sakit;
- 2) Memiliki lembar data keselamatan bahan (*material safety data sheet*);
- 3) lemari Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
- 4) penyiram badan (*body wash*);

- 5) pencuci mata (*eyewasher*);
- 6) Alat Pelindung Diri (APD);
- 7) rambu dan simbol Bahan Berbahaya dan Beracun (B3); dan
- 8) *spill kit*.

e) Pencegahan Dan Pengendalian Kebakaran;

- 1) Alat Pemadam Api Ringan;
- 2) Deteksi Asap Dan Api;
- 3) Sistem Alarm Kebakaran;
- 4) Penyemprot Air Otomatis (*Sprinkler*);
- 5) Pintu Darurat;
- 6) Jalur Evakuasi;
- 7) Tangga Darurat;
- 8) Pengendali Asap;
- 9) Tempat Titik Kumpul Aman;
- 10) Penyemprot Air Manual (*Hydrant*);
- 11) Pembentukan Tim Penanggulangan Kebakaran; Dan
- 12) Pelatihan Dan Sosialisasi.

f) Pengelolaan Prasarana Rumah Sakit Dari Aspek Keselamatan & Kesehatan Kerja, meliputi ;

- 1) Penggunaan Listrik;
- 2) Penggunaan Air;
- 3) Penggunaan Tata Udara;
- 4) Penggunaan Genset;
- 5) Penggunaan Boiler;
- 6) Penggunaan Lift;
- 7) Penggunaan Gas Medis;
- 8) Penggunaan Jaringan Komunikasi;
- 9) Penggunaan Mekanikal Dan Elektrikal; Dan ✓
- 10) Penggunaan Instalasi Pengelolaan Limbah.

g) Pengelolaan Peralatan Medis Dari Aspek Keselamatan Dan Kesehatan Kerja;

- 1) Memastikan tersedianya daftar inventaris seluruh peralatan medis
- 2) Memastikan penandaan pada peralatan medis yang digunakan dan yang tidak digunakan.
- 3) Memastikan dilaksanakannya Inspeksi berkala.
- 4) Memastikan dilakukan uji fungsi dan uji coba peralatan
- 5) Memastikan dilakukan pemeliharaan promotif dan pemeliharaan terencana pada peralatan medis
- 6) Memastikan petugas yang memelihara dan menggunakan peralatan medis kompeten dan terlatih

h) Kesiapsiagaan Menghadapi Kondisi Darurat Atau Bencana.

- 1) identifikasi risiko kondisi darurat atau bencana;
- 2) penilaian analisa risiko kerentanan bencana;
- 3) pemetaan risiko kondisi darurat atau bencana;
- 4) pengendalian kondisi darurat atau bencana; dan
- 5) simulasi kondisi darurat atau bencana.

a. Kondisi yang dicapai :

1. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi

Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Pengendalian Infeksi terdiri dari: kursi, kran, tempat sampah, tiang infus, tempat tidur, tabung oksigen, troly tindakan, brankar, nakas, meja pasien, pendant, meja mayo, kursi roda, troli waskom, waskom untuk memandikan, bantal, dan kasur yang ada 504 buah, sesuai standar 365 buah, tidak sesuai standar 137 buah, persentase pemenuhan 72 %. Sedangkan sarpras gedung yang terdiri dari lantai, dinding dan langit-langit yang ada 6176,9 M², sesuai standar 5801,9 M², tidak sesuai standar 374,9 M², persentase pemenuhan 94%. Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pencegahan dan pengendalian infeksi sebesar **(94 % + 89% : 2 = 91,5%)**. Indikator yang ditetapkan sebesar 70%, dengan demikian target sudah tercapai. ✓

g) Pengelolaan Peralatan Medis Dari Aspek Keselamatan Dan Kesehatan Kerja;

- 1) Memastikan tersedianya daftar inventaris seluruh peralatan medis
- 2) Memastikan penandaan pada peralatan medis yang digunakan dan yang tidak digunakan.
- 3) Memastikan dilaksanakannya Inspeksi berkala.
- 4) Memastikan dilakukan uji fungsi dan uji coba peralatan
- 5) Memastikan dilakukan pemeliharaan promotif dan pemeliharaan terencana pada peralatan medis
- 6) Memastikan petugas yang memelihara dan menggunakan peralatan medis kompeten dan terlatih

h) Kesiapsiagaan Menghadapi Kondisi Darurat Atau Bencana.

- 1) identifikasi risiko kondisi darurat atau bencana;
- 2) penilaian analisa risiko kerentanan bencana;
- 3) pemetaan risiko kondisi darurat atau bencana;
- 4) pengendalian kondisi darurat atau bencana; dan
- 5) simulasi kondisi darurat atau bencana.

a. Kondisi yang dicapai :

1. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi

Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Pengendalian Infeksi terdiri dari: kursi, kran, tempat sampah, tiang infus, tempat tidur, tabung oksigen, troly tindakan, brankar, nakas, meja pasien, pendant, meja mayo, kursi roda, troli waskom, waskom untuk memandikan, bantal, dan kasur yang ada 504 buah, sesuai standar 365 buah, tidak sesuai standar 137 buah, persentase pemenuhan 72 %. Sedangkan sarpras gedung yang terdiri dari lantai, dinding dan langit-langit yang ada 6176,9 M², sesuai standar 5801,9 M², tidak sesuai standar 374,9M², persentase pemenuhan 94%. Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pencegahan dan pengendalian infeksi sebesar **(94 % + 89% : 2 = 91,5%)**. Indikator yang ditetapkan sebesar 70%, dengan demikian target sudah tercapai.

2. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras K3 Sesuai Standar

Dari hasil pemantauan dan implementasi dilapangan maka dicapai angka kesesuaian dengan standar K3RS terkait dengan sarana prasarana tahun 2018 sebesar 78,01% dari target 70%.

Dengan demikian capaian rata-rata Persentase Pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar adalah $(91,5\% + 78,01\%)/2 = 84,76\%$.

Capaian Persentase Kebutuhan Sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Persentase Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%	79,45%	122,23	70%	84,76%	121,08	90%

b. Analisa Keberhasilan Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pendukung Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) adalah sebagai berikut:

1. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi

Sarana prasarana pendukung Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang ada di ruang pelayanan dan tidak sesuai standar sehingga dapat meningkatkan risiko infeksi antara lain : kursi petugas atau pasien / pengunjung dilapisi Bahan kain, Kran cuci tangan dioperasikan dengan diputar, tempat sampah model kupu-kupu, bantal dan kasur dilapisi bahan dari kain. Peralatan medis dan non medis yang berkarat seperti: tiang infus, tempat tidur, tabung oksigen, troly tindakan , brankar, nakas, meja pasien, meja mayo, kursi roda, standar waskom dan waskom untuk memandikan pasien. Sedangkan kondisi bangunan yang tidak sesuai standar antara lain: dinding dan lantai yang retak, langit-langit yang bocor dan berjamur. Sarana prasarana Pendukung Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menggunakan ceklis audit sarana prasarana yang telah ditentukan. Apabila ada ketidaksesuaian dengan standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

sehingga menyulitkan pembersihan atau menyebabkan pembersih tidak optimal maka direkomendasikan untuk diperbaiki atau diganti dengan yang sesuai standar. Pengusulan perbaikan sarana prasarana yang rusak atau penggantian sarana prasarana yang tidak sesuai standar PPI dilakukan oleh satker terkait kepada penganggungjawab alat yaitu sub bagian rumah tangga. Pengusulan Perbaikan gedung yang rusak dari satker terkait kepada penanggungjawab bangunan yaitu IPSRS. Perbaikan atau penggantian sarana prasarana yang tidak sesuai standar dan perbaikan bangunan yang rusak dilakukan secara bertahap sesuai dengan area prioritas pelayanan pasien yang paling berisiko tinggi terjadi infeksi. Satker yang mempunyai sarpras tidak sesuai standar dan satker penanggungjawab pemeliharaan sarana prasarana dapat bekerjasama dengan baik, sehingga pemenuhan kebutuhan sarana prasarana PPI dapat melebihi target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 70%. Dalam memenuhi kebutuhan sarana prasarana Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) dalam pelaksanaannya ditemukan permasalahan yang mungkin timbul apabila kinerja tidak tercapai adalah risiko terpapar infeksi jamur bagi pasien, petugas dan pengunjung yang berada disekitarnya. Bagi pasien yang dioperasi diruangan yang tidak sesuai standar meningkat risiko infeksi daerah operasi (IDO).

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mencapai target diantaranya pengusulan perbaikan: pengecatan terhadap peralatan yang berkarat, penggantian sarung kursi, bantal, kasur dengan bahan oskar, pembersihan, pengecatan dinding dan langit-langit yang berjamur, penggantian keramik lantai yang rusak, penggantian tempat sampah yang dioperasikan dengan pedal dan penggantian kran yang dioperasikan dengan siku.

2. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana K3 Sesuai Standar

Dari hasil Pemantauan dan pengawasan langsung dalam implementasi / penerapan standar K3RS dapat disimpulkan :

- a. Sosialisasi berupa edukasi terkait dengan pihak kedua (*Outsourcing* sudah dilakukan pada tahun 2018.
- b. Masih ada beberapa gedung yang belum terpenuhi dalam hal pencegahan dan penanggulangan kebakaran dan rekomendasi dari dinas pemadam kebakaran DKI yang belum terpenuhi seperti pintu darurat yang belum diperbaiki pada gedung

bougenville (lantai 3) dan gedung GPS (Pintu seret di lantai 6). Termasuk juga dengan detektor asap dan api, system alarm khususnya di gedung azalea.

- c. Masih ada beberapa dinding berjamur, plafon berlubang, atap yang menimbulkan kebocoran pada plafon, lantai yang licin dan berlubang. Seperti di Gedung Bougenville, IRJ, IGD dan GPS.
- d. Belum terpenuhinya dokter okupasi terkait dengan surveilans lingkungan kerja, surveilans medik, tindak lanjut terkait *return to work* dan penegakan diagnosa terkait dengan penyakit akibat kerja.
- e. Belum semua terpenuhi pengelolaan B3 terkait aspek K3 terkait dengan identifikasi dan inventarisasi B3 dan MSDS secara berkala, penyediaan lemari B3 pada satuan kerja pengguna B3, beberapa eye wash dan body yang belum optimal, APD terkait B3, rambu dan symbol B3 serta spill kit. Terutama pada pemberian label seperti di gedung IRJ, Gedung IGD, Azalea dan GPS.
- f. Belum semua terpenuhinya pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek K3 yang sesuai standar terkait dengan penggunaan listrik dan system instalasinya, system tata udara terkait dengan kelembaban yang belum standard an adanya kondensasi / kebocoran, lift yang rusak yang perlu modernisasi dan sebaiknya dilakukan penggantian unit baru seperti di IRJ dan GPS, system mekanikal dan elektrikal yang di beberapa area belum rapi dan perlu perbaikan terutama usia kabel utama. Seperti beberapa lift yang sudah harus di ganti di gedung IRJ, Maintenance Lift di GPS yang harus lebih intensif, Kelembaban Udara yang standarisasinya belum optimal di gedung bougenville (Pada Ruang Operasi).

c. Rekomendasi :

1. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasana Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI)

Sarana prasarana yang tidak sesuai standar banyak macamnya, dengan tingkat risiko yang berbeda-beda, untuk mengurangi risiko infeksi usulan pemecahan masalah terbaik adalah melakukan perbaikan sesegera mungkin terhadap sarpras yang masih bisa diperbaiki dan mengganti dengan barang baru untuk sarpras yang tidak bisa diperbaiki, misalnya tempat sampah model kupu-kupu diganti dengan tempat sampah yang dioperasikan dengan pedal, kran putar diganti dengan kran yang bisa dioperasikan dengan siku.

2. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana K3 Sesuai Standar

Dari semua hasil dan pengawasan langsung dalam implementasi / penerapan standar K3RS maka dapat direkomendasikan :

- a. Sebaiknya segera dipenuhi dari beberapa gedung yang ada sesuai standar pencegahan dan penanggulangan kebakaran serta rekomendasi dari dinas pemadam kebakaran DKI. Seperti di Gedung Azalea dan maintenance yang optimal di gedung bougenville, GPS, IRJ dan IGD. Termasuk juga dengan memasang sistem detektor asap dan api serta system alarm secara mandiri terutama di gedung azalea.
- b. Sebaiknya segera identifikasi dan lakukan perbaikan terkait dengan masih ada beberapa dinding berjamur, plafon berlubang, atap yang menimbulkan kebocoran pada plafon, lantai yang licin dan berlubang. Seperti pada gedung bougenville, Gedung GPS, Gedung IGD, Gedung Azalea
- c. Sebaiknya segera dipenuhi untuk adanya dokter okupasi terkait dengan surveilans lingkungan kerja, surveilans medik, tindak lanjut terkait *return to work* dan penegakan diagnosa terkait dengan penyakit akibat kerja.
- d. Sebaiknya segera dipenuhi dalam hal pengelolaan B3 terkait aspek K3 terkait dengan identifikasi dan inventarisasi B3 dan MSDS secara berkala, penyediaan lemari B3 pada satuan kerja pengguna B3, beberapa eye wash dan body yang belum optimal, APD terkait B3, rambu dan symbol B3 serta spill kit yang terpenuhi untuk beberapa satuan kerja. Terutama pada pemberian label seperti di Gedung Bougenville, gedung IRJ, Gedung IGD, Azalea dan GPS. Lemari B3 yang kurang di gedung Bougenville serta rambu dan symbol B3 di gedung azalea.
- e. Sebaiknya segera dipenuhi dalam hal pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek K3 yang sesuai standar terkait dengan penggunaan listrik dan system instalasinya, system tata udara terkait dengan kelembaban yang belum standar, lift yang rusak yang perlu modernisasi dan ganti baru, system mekanikal dan elektrikal yang di beberapa area belum rapi dan perlu perbaikan untuk beberapa area yang belum terpenuhi sesuai standar.

3. Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi

Indikator Kinerja :

4) Persentase Integrasi Sistem Informasi

Definisi operasional Integrasi Sistem Informasi adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan/ menghubungkan seluruh alur proses bisnis RS yang terdiri dari variabel-variabel yang dijelaskan di dalam Permenkes No. 82 Tahun 2013, dalam bentuk pertukaran data dan pelaporan untuk memperoleh informasi.

a. Kondisi yang dicapai :

Persentase Integrasi Sistem Informasi

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Persentase Integrasi Sistem Informasi	75%	79,20%	105,60	80%	81,02	101,28	90%

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :

Hasil pencapaian tahun 2018 sebesar 101,28% . Di tahun 2018 ini, ISIRS melakukan perubahan bahasa program yang semula berbasis *Dekstop* berganti menjadi *Web Based* dengan tetap memperhatikan integrasi data setiap variabel pada modul-modul yang ada pada Permenkes No 82 tahun 2013 sehingga tidak menambah besar dan cepat atas jumlah realisasi yang dicapai. Pengembangan eMR (*electronic medical record*) yang sampai saat ini baru diimplementasikan di Poliklinik Eksekutif Griya Husada, sedangkan eMR Rawat Inap sudah diimplementasikan namun belum berjalan lancar. Realisasi Persentase Integrasi Sistem Informasi Tahun 2018 sebesar 81,03% dari Target yang yang ditetapkan sebesar 80%.

Pengembangan aplikasi rumah sakit merujuk pada Rencana Strategis RS. Adapun modul-modul pengembangan tersebut sesuai program kerja ISIRS 2018 adalah sebagai berikut:

1. Pengembangan eksternal:

- Modul integrasi PACS, LIS, dan alat canggih lainnya (lanjutan)
- Integrasi dengan aplikasi kemkes dan kemenkeu (lanjutan)

2. Pengembangan internal modul aplikasi:

- Modul lanjutan Back Office (administrasi, barang medik dan non medik)
- Modul lanjutan Aplikasi Integrasi Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian
- Modul lanjutan Sistem Mutu Terintegrasi
- Modul lanjutan EMR (pengembangan pelayanan dan keperawatan)
- Modul lanjutan Sistem Informasi Mutu Terintegrasi

Walaupun capaian telah melebihi target tetapi dalam pelaksanaannya masih ditemukan beberapa permasalahan diantaranya :

1. Permasalahan Eksternal :

- a) Permintaan pembuatan aplikasi yang tidak didukung standar prosedur operasional yang belum jelas atau bahkan tidak ada sama sekali atau minimal terdapat alur bisnis kerja yang jelas. Hal ini mengakibatkan perubahan aplikasi yang berulang-ulang ketika sudah dilakukan implementasi, sehingga memberikan kesan aplikasi dibangun sangat lama/lambat.
- b) Dalam waktu pengembangan aplikasi, masih sering terdapat permintaan pembuatan aplikasi yang sifatnya segera, sehingga saat ini 1 programmer bisa mengerjakan 2-3 aplikasi, ini berpotensi dapa keterlambatan penyelesaian pembuatan aplikasi. ✓
- c) Dalam waktu pengembangan eksternal seperti bridging dengan aplikasi institusi lain, masih sering terkendala kurangnya komunikasi, standarisasi dan sosialisasi teknis pengembangan aplikasi, mengakibatkan pengembangan yang lambat.
- d) Kurangnya dukungan satuan kerja dalam menggunakan aplikasi setelah implementasi khususnya dalam hal kebijakan.

2. Permasalahan Internal

- a) Beban pekerjaan programmer yang masih relatif tinggi, sehingga sulit memenuhi target pembuatan aplikasi tepat waktu.
- b) Belum terlatihnya programmer PHP/Web dalam pembuatan spesifikasi format laporan.
- c) Kurangnya programmer untuk memenuhi percepatan pembuatan dan peralihan aplikasi, baik dari dekstop menjadi web ataupun web menjadi mobile apps.

c. Upaya yang telah dilakukan

- 1) Menerapkan system kolaborasi dengan satuan kerja terkait agar tercapai *user requirement* dan *user acceptance test* (UAT), serta melakukan monitoring dan evaluasi dalam penggunaan aplikasi.
- 2) Menunjuk PIC IT di satuan kerja yang merupakan kepanjangan tangan ISIRS ketika ada permasalahan teknis software dan hardware.
- 3) Tes uji coba kehandalan aplikasi RS yang telah dibuat sebelum diimplementasikan.

d. Rekomendasi/ saran :

- 1) Pembuatan alur bisnis kerja/ standar operasional prosedur yang sudah ditetapkan bersama, untuk dijadikan *user requirement* pengembangan aplikasi, bila perlu dibuat kebijakan sehingga tidak berubah-ubah alur sistem dan bisnis proses aplikasi yang sudah dibuat;
- 2) Penambahan programmer, bila memungkinkan perekrutan baru network admin
- 3) Pembelian software aplikasi RS yang mendukung bisnis proses RS berikut pendampingannya, yang kemudian diinstal dan disesuaikan dengan tabel-tabel database RSUP Fatmawati;
- 4) Kebijakan rumah sakit dalam mendukung penggunaan aplikasi RS melalui komitmen bersama.

4. Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian

Indikator Kinerja :

5) Penelitian Yang dilakukan oleh SDM Internal di RSUP Fatmawati per tahun

Definisi Operasionalnya adalah Jumlah Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal dan dilakukan di RSUP Fatmawati.

a. Kondisi Yang dicapai

Dari data penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal di RSUP Fatmawati sudah mencapai target. Untuk 11 judul penelitian dilakukan melalui kegiatan seleksi hibah dana penelitian, 9 judul penelitian dilakukan untuk keperluan pendidikan dan 5 judul penelitian dilakukan dari beberapa KSM serta satuan kerja di rumah sakit. Adapun pelaksanaan kegiatan penelitian tahun 2018 yaitu melalui kegiatan Seleksi Hibah

Dana Penelitian. Seleksi Hibah Dana Penelitian ini berdasarkan kelompok Medis, Keperawatan, Penunjang Medis dan Manajemen. Sehingga hasil capaian pada Tahun 2018 adalah sebagai berikut :

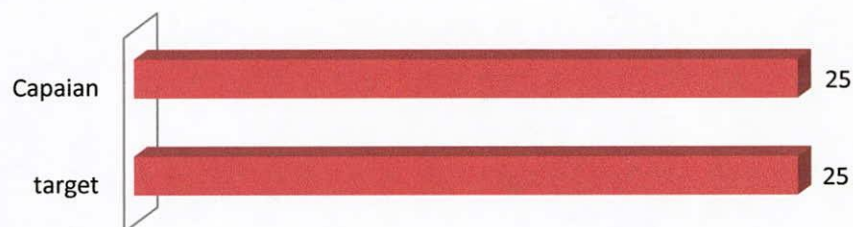
Capaian Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	20	27%	135%	25	25	100%	30

RSUP Fatmawati merupakan rumah sakit tipe A pendidikan dimana pada umumnya memfasilitasi dalam kegiatan penelitian untuk menyelesaikan suatu masalah atau sebagai dasar untuk membuat sebuah kebijakan. Kegiatan penelitian di lingkungan RSUP Fatmawati oleh SDM Internal RSUP Fatmawati baik pegawai PNS maupun Non PNS yang dikategorikan dalam penelitian klinis maupun non klinis.

Pada capaian tahun 2018, indikator Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal RSUP Fatmawati per tahun mencapai target yang ditetapkan yaitu 25 penelitian.

Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal RSUP Fatmawati tahun 2018



Dari data penelitian yang dilakukan SDM internal RSUP Fatmawati sudah mencapai target. Untuk 11 judul penelitian dilakukan melalui kegiatan seleksi hibah dana penelitian, 9 judul penelitian dilakukan untuk keperluan pendidikan dan 5 judul

penelitian dilakukan dari beberapa KSM serta satuan kerja di rumah sakit. Adapun pelaksanaan kegiatan pendidikan tahun 2018 yaitu melalui kegiatan seleksi Hibah Dana Penelitian, yang seleksinya berdasarkan kelompok medis, keperawatan, penunjang medis dan manajemen.

a. Permasalahan/kendala:

- Minat peneliti di lingkungan RSUP Fatmawati masih rendah dan tidak merata di satuan kerja.
- Waktu dalam meneliti sangat terbatas khususnya untuk tenaga medis karena melakukan kegiatan pelayanan dan pengabdian masyarakat.
- Belum adanya reward yang diberikan oleh rumah sakit untuk SDM yang melakukan penelitian
- Belum adanya penelitian dari unggulan rumah sakit yaitu Spine and Trauma.
- Kegiatan seleksi hibah dana penelitian terlambat oleh anggaran dana penelitian yang terlambat pada proses pencairan dana.
- Kurangnya monitoring dan evaluasi dalam kegiatan penelitian di RSUP Fatmawati

b. Usulan Rekomendasi

Dari semua hasil penelitian yang dilakukan oleh SDM internal RSUP Fatmawati maka dapat di rekomendasikan :

- 1) Mensosialisasikan kegiatan penelitian kepada seluruh satuan kerja bahwa untuk mengetahui akar suatu permasalahan dapat dilakukan dengan penelitianterkait dapat berpartisipasi dalam melakukan penelitian;
- 2) Menjadikan penelitian sebagai salah satu Indikator Kinerja Unit dan Indikator Kinerja Individu.
- 3) Menyediakan fasilitas platform jurnal fatmawati agar hasil penelitian dapat di publikasikan dan menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya.

6) Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi

Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS)/Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PPDGS) adalah peserta didik program pendidikan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis yang dikirim oleh institusi pendidikan yang bekerjasama dengan RSUP Fatmawati dan melaksanakan kegiatan praktik (stase) di RSUP Fatmawati. Supervisi peserta didik adalah

supervisi atau bimbingan yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan atau supervisor yang ditunjuk bagi peserta didik program pendidikan dokter / dokter gigi spesialis terhadap kegiatan pelayanan pasien yang dilakukan oleh PPDS/PPDGS dalam rangka pendidikan.

a. Kondisi yang dicapai

Dari data Supervisi DPJP terhadap peserta didik pada tahun 2018 terlihat realisasi rata-rata perbulan sebesar 81,4% dengan targer 90%, maka rerata capaian masih diatas target yang ditentukan sebesar 90%. Jika dibandingkan dengan awal bulan pada Semester 1 dan 2, maka pada akhir semester 1 dan 2 terjadi penurunan dengan capaian 81,1% pada akhir semester 1 dan 84,4% pada akhir semester 2. Secara umum jika dirata-rata capaian supervisi DPJP terhadap peserta didik sesuai level kompetensi adalah 90,44% (sesuai data dukung).

Pelaksanaan pemantauan supervisi DPJP terhadap peserta didik di IBS adalah terhadap operasi elektif dan cito.

Capaian Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80%	82,27%	102,84	90 %	81,4%	90,44	100%

Pencapaian yang belum sesuai harapan disebabkan:

1. Pencatatan supervisi hanya berdasarkan kehadiran DPJP belum melihat berdasarkan level kompetensinya, sehingga bagi PPDS/ PPDGS mandiri yang telah melakukan tindakan secara mandiri dan tidak didampingi DPJP dianggap tidak mendapat supervisi
2. PPDS/PPDGS yang melakukan tindakan diluar jam kerja (contoh orthopaedi/bedah/kebidanan) tidak didampingi DPJP.

b. Permasalahan/kendala

1. Pemantauan supervisi DPJP masih terbatas dilakukan terhadap peserta didik (PPDS/PPDGS) di Instalasi Bedah Sentral.
2. Saat ini telah ada aplikasi dengan sistem logbook (SILOG), akan tetapi dalam kegiatan supervisi tersebut masih terdapat DPJP/PPDS yang belum patuh dalam pengisian SILOG.
3. Sistem Logbook(SILOG) masih merupakan instrumen alat bantu pemantauan supervisi dan aplikasi terbatas digunakan di internal RSUP Fatmawati, belum terintegrasi dengan institusi pendidikan pengirim peserta didik.
4. Tidak semua KSM yang melakukan tindakan operasi diluar jam kerja mempunyai dokter konsulen jaga onsite, yaitu untuk orthopedi, THT, mata dan gigit. Sehingga pelaksanaan operasi yang dilakukan oleh peserta didik (PPDS/PPDGS) berkemungkinan tidak didampingi oleh DPJP.

c. Usul Pemecahan Masalah

1. Supervisi sesuai level kompetensi

Supervisi DPJP terhadap peserta didik tetap harus dilakukan, karena peserta didik masih belum mempunyai legitimasi terhadap tindakan medis dan operatif yang dilakukan.

Supervisi dapat dilakukan sesuai level kompetensi secara langsung maupun tidak langsung sebagai berikut :

Supervisi sesuai level Kompetensi

Level kompetensi	Keterangan
1	PPDS/PPDGS hanya melakukan observasi/ melihat
2	PPDS/PPDGS melakukan kegiatan dibawah pengawasan langsung DPJP selama tindakan
3	PPDS/PPDGS melakukan kegiatan dengan pengawasan DPJP tidak secara penuh (tidak selama tindakan)
4	PPDS/PPDGS melakukan tindakan mandiri dan melapor ke DPJP diakhir tindakan
5	PPDS/PPDGS melakukan tindakan mandiri dan melakukan supervisi bagi juniornya bila diperlukan

2. Adanya sistem aplikasi e-SIPP (elektronik Sistem Integrasi Pelayanan Pendidikan) yang mengintegrasikan pendidikan dalam pelayanan rumah sakit akan mempermudah DPJP maupun peserta didik dalam kegiatan supervisi, sehingga kegiatan supervisi di rumah sakit dapat dimonitor baik oleh manajemen rumah sakit, DPJP, Instalasi maupun institusi pendidikan pengirim peserta didik.
3. Apabila sistem sudah berjalan maksimal maka pemantauan pelaksanaan supervisi terhadap peserta didik dapat lebih diperluas lagi seperti di IGD, poliklinik rawat jalan dan rawat inap.
4. Pendokumentasian kegiatan PPDS/PPDGS dilakukan melalui mekanisme monitoring dan evaluasi pelaksanaan supervisi peserta PPDS/PPDGS sebagai berikut:
 - a) Evaluasi secara realtime dilakukan oleh:
 - ✚ DPJP berupa penilaian setiap pasien yang dilayani PPDS/PPDGS
 - ✚ Instalasi pelayanan untuk melakukan konfirmasi kehadiran
 - ✚ Institusi pendidikan melalui aplikasi e-SIPP
 - ✚ Monitoring melalui aplikasi e-SIPP
 - b) Evaluasi Pelaksanaan pendidikan dilakukan setiap selesai rotasi oleh:
 - ✚ Bagian Diklit/ Komkordik
 - ✚ Kelompok Staf Medik
 - ✚ Fakultas Kedokteran
5. Rangkuman pelaporan hasil evaluasi pelaksanaan pendidikan disampaikan ke Direktur umum SDM dan Pendidikan serta ke Fakultas Kedokteran terkait oleh satuan kerja terkait.

5. Tercapainya Supply Chain Management System

Indikator Kinerja :

7) Persentase Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Kerjasama Layanan Kontrak

a. Kondisi yang dicapai

Jumlah kerjasama layanan kontrak SDM , Farmasi dan Alat Kesehatan sebanyak 9.410 kontrak dengan rincian kerjasama SDM 4 kontrak (4 kontrak tenaga ahli, 1 kontrak pengelolaan parkir, 1 kontrak *cleaning service* dan 1 kontrak satuan pengamanan), kerjasama Farmasi 9.393 kontrak dan kerjasama Alat Kesehatan 4 kontrak (MRI, CTScan, Laboratory Automatic System (LAS) dan Hemodialisa).

Dari 9.410 kontrak tersebut telah dilakukan evaluasi sebanyak 9.410 kontrak (100%) dan telah di tindaklanjuti sebanyak 9.410 kontrak (100%)

Capaian Persentase Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Kerjasama Layanan Kontrak

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak	100%	100%	100	100 %	100%	100	100%

b. Analisa Penyebab Keberhasilan:

Pencapaian indikator didukung dengan adanya kebijakan Direktur Utama RSUP Fatmawati yang membentuk Tim untuk mengevaluasi pelaksanaan kerjasama secara berkala yaitu Tim Kerjasama Hemodialisa dan Tim Evaluasi Kerjasama (untuk kerjasama non Hemodialisa) dengan tugas melakukan evaluasi pelaksanaan perjanjian kerjasama dan membuat rekomendasi untuk perbaikan kerjasama yang saling menguntungkan.

c. Permasalahan:

1. Definisi operasional kerjasama:

Kontrak SDM merupakan pengangkatan pegawai kontrak bentuk keputusan Dirut RSUP Fatmawati.

Kontrak Farmasi adalah kontrak pengadaan barang farmasi oleh PPK.

Kerjasama alat kesehatan dalam bentuk kerjasama operasional oleh Dirut RSUP Fatmawati.

2. Kontrak Cleaning service dan kontrak satuan pengamanan bukan kontrak SDM

melainkan kontrak pengadaan jasa dan evaluasinya berupa evaluasi hasil pekerjaan, adapun kontrak parkir merupakan kerjasama pemanfaatan aset BMN dengan pola imbal hasil. ✓

3. Kontrak Alat Kesehatan:

Kerjasama alat kesehatan MRI akan berakhir 21 Februari 2019

d. Rekomendasi/saran

1. SDM: definisi kontrak SDM perlu direvisi sesuai substansi kontrak.
2. Alat Kesehatan : Dilakukan evaluasi pelaksanaan kerjasama MRI.

6. Terwujudnya Pengembangan Program Pendidikan dan Pelatihan Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Lain

Indikator Kinerja :

8) Peningkatan Jumlah Program Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Lain

Program Pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain dalam bidang spine dan trauma adalah penyusunan kurikulum dan modul pendidikan / pelatihan khusus spine dan trauma secara komperensif dan terintegrasi untuk mencapai SDM yang berkualitas dan berstandar.

a. Kondisi yang dicapai

Capaian Peningkatan Jumlah Program Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Medik dan Tenaga Kesehatan Lain

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1	2	200%	1	2	200%	1

Dua judul pelatihan yang telah dilaksanakan pada tahun 2018 yaitu Pelatihan Perawat Rehabilitasi tentang Neurogenic Bladder (tanggal 4 April – 16 Mei 2018) dan Pelatihan Keperawatan Orthopaedi Dasar (tanggal 16 – 21 April 2018), yang semuanya menunjang visi RSUP Fatmawati.

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :

1. Sesuai dengan perhitungan TNA SDM yang harus dilakukan pelatihan
2. Koordinasi dengan satuan kerja terkait terlaksana dengan baik.
3. Partisipasi peserta internal RSUP Fatmawati dalam mengikuti kegiatan pelatihan tersebut 100 %

c. Upaya yang telah di lakukan:

1. Koordinasi dengan PPSDM KEMENKES, terkait pelatihan terakreditasi dan bimbingan pembuatan kurikulum dan modul pelatihan unggulan RS
2. Kordinasi dengan satuan kerja terkait.
3. Memberikan laporan evaluasi penelitian kepada Bagian SDM

d. Rekomendasi / Saran :

1. Pelatihan direncanakan kembali pada tahun 2019 untuk perawat yg belum terlatih;
2. Pelatihan keperawatan Orthopedi bila diperlukan oleh organisasi rumah sakit dapat lebih ditingkatkan standar pelatihannya.

7. Terwujudnya Pelayanan Berbasis Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator Kinerja :

9) Ketepatan Identifikasi Pasien

Ketepatan Identifikasi difokuskan pada kelengkapan identitas pasien seperti nama, tanggal lahir, nomor rekam medis yang tertulis dalam stiker atau *barcode* yang sudah ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama. Produk Layanan yang ditetapkan wajib menggunakan identitas adalah : Dokumen rekam medis, gelang identitas pasien, hasil pemeriksaan radiologi, hasil pemeriksaan laboratorium dan obat dari apotik atau depo farmasi.

Identifikasi pasien adalah suatu proses kegiatan yang dilakukan di Rumah Sakit Fatmawati untuk menetapkan dan memastikan identitas pasien secara benar sehingga tidak terjadi kesalahan dalam memberikan pelayanan kepada pasien antara satu pasien dengan pasien lainnya.

Proses identifikasi yang digunakan di RSUP Fatmawati mengharuskan paling sedikit 2 dari 3 identitas yaitu nama, tanggal lahir dan nomor rekam medik

Pemantauan ketepatan identifikasi pasien merupakan salah satu indikator rumah sakit yang dilakukan oleh Bidang Pelayanan Keperawatan, pada bulan Januari – Oktober 2018.

Adapun parameter yang dinilai dalam indikator adalah:

1. Pasien rawat inap dan IGD terpasang gelang identitas
2. Ketepatan identitas pada formulir Rekam Medis

3. Ketepatan identitas pada cairan infus dan obat pasien
4. Ketepatan identitas pada hasil laboratorium
5. Ketepatan identitas pada foto dan ekpertisi radiologi

Periode November – Desember 2018 pemantauan ketepatan identifikasi pasien dirubah dengan menilai proses identifikasi pasien yang sesuai dengan kamus indikator wajib nasional yang diinput kedalam aplikasi sismadak.

Kegiatan proses identifikasi pasien dilakukan antara lain saat :

1. Pemberian obat
2. Pemberian pengobatan termasuk nutrisi
3. Pemberian darah dan produk darah
4. Pengambilan specimen
5. Sebelum melakukan tindakan diagnostik / therapeutic.

Pelaksanaan proses identifikasi pasien diinput setiap hari oleh PJPP dimasing-masing ruangan dan dilakukan rekapitulasi oleh PJ mutu dimasing-masing instalasi, selanjutnya dilakukan validasi oleh PJ mutu Bidang Pelayanan Keperawatan.

Kegiatan dilakukan bersifat koordinasi berupa validasi terhadap proses pelaksanaan identifikasi pasien yang dilakukan oleh instalasi dengan aplikasi sismadak.

Rincian kegiatan proses identifikasi pasien sbb:

1. Penanggung Jawab Pelayanan Pasien melakukan input terhadap proses pelaksanaan identifikasi pasien setiap hari
2. Penanggung Jawab Mutu masing-masing instalasi membuat rekapitan
3. Penanggung Jawab Mutu Bidang Pelayanan Keperawatan melakukan validasi dan membuat rekapitan dari masing-masing instalasi
4. Penanggung Jawab Mutu Bidang Pelayanan Keperawatan membuat analisa hasil rekapitan yang diketahui oleh Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan
5. Pembuatan laporan oleh Bidang Pelayanan Keperawatan

a. Kondisi yang dicapai

Capaian Ketepatan Indentifikasi Pasien

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Ketepatan Indentifikasi Pasien	100%	96,50%	96,50	100	97,32%	97,32	100%

5. Print label identitas pasien masih didapatkan buram dikarenakan belum sempat menggantinya.

Periode November - Desember 2018 yang ditemukan :

Proses identifikasi masih belum optimal (masih terlupakan), saat akan melakukan tindakan :

1. Pemberian obat
2. Pemberian nutrisi
3. Pemberian darah dan produk darah
4. Pengambilan specimen
5. Sebelum melakukan tindakan diagnostik.

Aplikasi sismadak belum optimal diantaranya :

1. Hasil rekapitulasi dari masing-masing ruangan/lantai belum dapat terlihat seluruhnya oleh PJ mutu diinstalasi.
2. Belum diinstal ulang untuk validasi hasil rekapitulasi bagi Bidang Pelayanan Keperawatan, sehingga rekapitulasi masih dilakukan secara manual.

c. Tindak Lanjut Permasalahan:

Dari permasalahan / kendala yang masih ditemukan maka tindak lanjut:

1. Membuat usulan ke Instalasi Farmasi untuk menyediakan gelang identitas pasien anak agar sesuai ukurannya supaya tidak mudah terlepas serta agar semua obat pasien disiapkan label identitasnya.
2. Membuat usulan ke ISIRS supaya menginstal ulang aplikasi sismadak di Bidang Pelayanan Keperawatan agar rekapitulasi dan validasi data identifikasi tidak dilakukan secara manual.
3. Memaparkan hasil pemantauan identifikasi yang belum mencapai target pada rapat koordinasi keperawatan dengan para Kepala Ruangan dan PJPP
4. Para Kepala Ruangan dan PJPP agar mengingatkan kembali stafnya untuk :
 - Memberi label identitas pada botol infus yang dipasang ke pasien.
 - Setiap formulir RM pasien harus diberi label identitasnya.
 - Mengganti tinta printer dengan segera apabila sudah buram

d. Kesimpulan:

Dari hasil pemantauan capaian belum tercapai sesuai target yang dikarena berbagai kendala seperti gelang identitas untuk pasien anak belum ada ukurannya, obat pada box obat tidak ada tabel identitasnya yang dikarenakan jumlah obat yang dikirim dari

depo farmasi tidak sesuai dengan jumlah label identitas pasiennya dan kepatuhan individu yang masih kurang seperti cairan infus yang terpasang pada pasien masih ditemukan tidak ditempel label/ identitas pasien karena lupa untuk memasangnya, formulir RM tidak ada label identitas pasien, yang dikarenakan lupa menempelkannya / belum sempat di print serta print label identitas pasien masih didapatkan buram dikarenakan belum sempat menggantinya.

Aplikasi Simsadak belum diinstal ulang secara optimal agar rekapitulasi dapat terlihat oleh PJ mutu di instalasi dan validasi oleh bidang Pelayanan Keperawatan.

Indikator Kinerja:

10) Penerapan Keselamatan Operasi

Kepatuhan penerapan keselamatan operasi di ruang Operasi adalah proses yang dilakukan untuk memastikan benar lokasi, benar tindakan dan benar pasien yang dilakukan oleh tim Bedah dengan melakukan *Sign in, Time Out dan Sign Out* pada setiap melakukan tindakan bedah di ruang operasi.

Sesuai dengan kontrak kinerja antara Kepala Instalasi Bedah Sentral dan Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati yang ditandatangani Kepala Satuan Kerja dan Direktur Utama tentang target indikator yang harus dicapai dalam hal ini **Indikator Keselamatan Operasi**, target yang harus dicapai adalah 100%.

Langkah-langkah yang dilakukan terkait dengan keselamatan operasi diantaranya adalah :

1. Persiapan pre op (konsul2, dan penunjang lainnya) sudah fix
2. Pengajuan jadwal operasi 1 hari sebelum dilakukan operasi sudah ada kepastian mendapatkan ruang rawat (IRNA, ICU, NICU/PACU dll)
3. Pengiriman pasien dari IRNA ke kamar operasi sudah dilakukan penandaan lokasi operasi (**Site Marking**)
4. Diruang penerimaan kamar operasi dilakukan checklist **Identifikasi Pasien**: identitas pasien, gelang identitas, penandaan lokasi operasi bila di IRNA belum dilakukan, maka dilakukan ulang oleh DPJP.
5. Diruang persiapan sebagai pintu lanjutan untuk keamanan dan keselamatan pasien dilakukan pengecekan ulang (**sign in**), diantaranya adalah memberikan motivasi, menanyakan nama dan lokasi yang akan dioperasi, hal ini supaya tidak ada kesalahan operasi salah sisi.

6. Dikamar operasi adalah pintu terakhir untuk keamanan dan keselamatan operasi yaitu pelaksanaan **time out** yang melibatkan tim bedah
7. Sebelum penutupan lokasi operasi check list ulang kelengkapan alat, kasa dan benda tajam (**Sign Out**)
8. Melaporkan adanya insiden.

Dari hasil evaluasi indikator keselamatan operasi pada tahun 2018, data kepatuhan dalam melaksanakan time out sesuai hasil check list harian terlaksana 100 dan penandaan lokasi operasi (Site Marking) tercapai 100%, hanya pelaksanaan penandaan sebelum operasi yang dilakukan oleh DPJP di IRNA tercapai 75%, dan 25% dilaksanakan oleh DPJP di ruang persiapan kamar operasi.

Sejauh ini telah dilakukan perbaikan sistem untuk mempertahankan capaian, dan tindaklanjut sebagai wujud keberhasilan yaitu melakukan koordinasi dengan KSM terkait tidak tercapainya indikator supervisi DPJP terhadap peserta didik dan indikator penandaan lokasi operasi (site marking) yang masih dilakukan di ruang persiapan kamar operasi yang merupakan sebagai bagian dari keselamatan operasi.

a. Kondisi yang dicapai:

Capaian Penerapan Keselamatan Operasi

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100%	100	100%	100%	100	100%

Pemantauan Rencana Aksi :

- Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Identifikasi Pasien**, selanjutnya melaporkan ke KMMR untuk ditindaklanjuti
- Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Penandaan Lokasi Operasi** (site Marking), selanjutnya melaporkan ke KMMR untuk ditindaklanjuti
- Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Sign In**, selanjutnya melaporkan ke KMMR untuk ditindaklanjuti
- Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Time Out**, selanjutnya melaporkan ke KMMR untuk ditindaklanjuti

- Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Sign In**, selanjutnya melaporkan ke KMMR untuk ditindaklanjuti
- Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Time Out**, selanjutnya melaporkan ke KMMR untuk ditindaklanjuti
- Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Sign Out**, selanjutnya melaporkan ke KMMR untuk ditindaklanjuti
- Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan DPJP dalam mendampingi peserta didik (PPDS) dalam melakukan tindakan operasi, selanjutnya melaporkan ke KMMR, ke Bidang Pelayanan Medis untuk ditindaklanjuti
- Koordinasi dengan IRNA terkait penandaan lokasi operasi (site marking) yang masih dikerjakan di ruang persiapan kamar operasi (sebesar : 25%)
- Memberikan punishment kepada staf yang bertanggungjawab dengan melakukan pengurangan IKI sebesar 2 %.

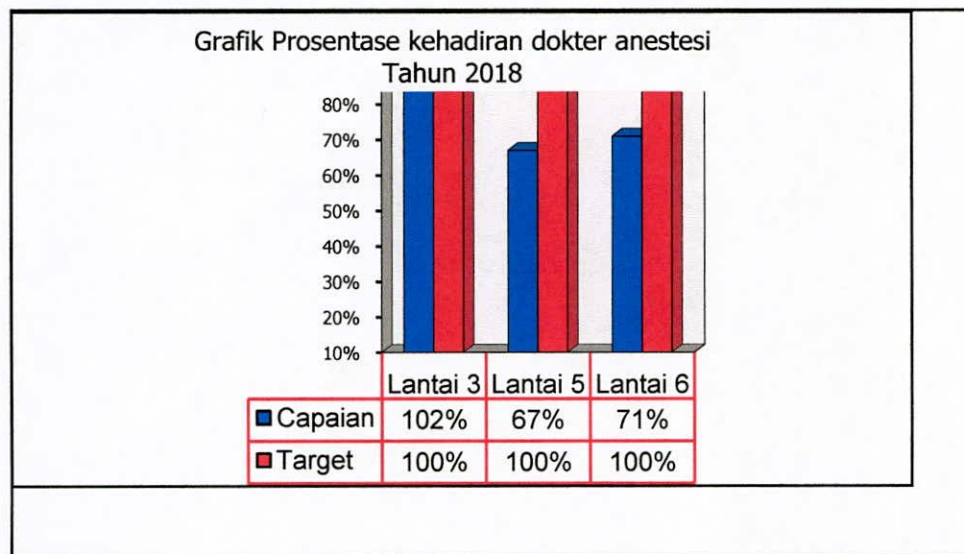
b. Analisa keberhasilan:

1. Mempertahankan capaian sign in, time out dan sign out.
2. Memberikan reward/penghargaan atas pencapaian target kepada staf IBS sesuai hasil yang dicapai dengan menambahkan prosentase dari target IKI
3. Selalu melaporkan hasil real indikator lain terkait dengan keselamatan operasi yaitu dalam proses sign in masih tingginya angka penandaan lokasi operasi (Site Marking) yang dilakukan di ruang penerimaan kamar operasi (25 %)
4. Selalu melaporkan hasil real capaian indikator kepatuhan DPJP dalam mendampingi peserta didik (PPDS)
5. Selalu melaporkan data real capaian kehadiran dokter anestesi, ke KMMR dan Bidang Pelayanan Medis
6. Koordinasi langsung dengan IRNA terkait capaian Site Marking yang masih dilakukan di ruang persiapan kamar operasi

c. Tindak lanjut:

1. Kepatuhan pelaksanaan proses time out dijadikan budaya keharusan, seperti kepatuhan melaksanakan cuci tangan
2. Dipimpin langsung setiap hari oleh kepala ruang secara berkesinambungan per hari/OK sebagai bentuk sosialisasi langsung
3. Melaporkan bila adanya insiden, terkait adanya operasi salah sisi, adanya kasa, gunting dll, yang tertinggal pasca operasi

4. Terus melaporkan hasil real capaian angka penandaan (Mark Site) setiap bulan ke KMMR untuk tindak lanjut.
5. Terus melaporkan hasil real supervisi DPJP ke Bidang Pelayanan Medik setiap bulan untuk tindak lanjut
6. Melaporkan capaian kehadiran dokter anestesi berdasarkan area wilayah (Surat Direktur Medik dan Keperawatan no.YM.01.01/II.1/551/2016 tentang area pelayanan dokter anestesi). Capaian pada Semester II tahun 2018 yaitu :
 lantai 3 : 1 dokter Anestesi → tercapai : 1-2 dokter anestesi (102%)
 lantai 5 : 3 dokter Anestesi → tercapai : 2 dokter Anestesi (67%)
 lantai 6 : 3 dokter Anestesi → tercapai : 2 dokter anestesi (71%)



d. Rekomendasi/saran

1. Pemberian level kompetensi kepada PPDS untuk memenuhi bahwa PPDS selevel dengan DPJP
2. Penuhi kebutuhan dokter anestesi sesuai area wilayah pelayanan
3. Penambahan dokter anestesi
4. Laporan feedback setiap bulan dari ISSB terkait ada insiden atau tidak, tentang alat yang terbawa linen ke ISSB

8. Tercapainya Peningkatan Aksesibilitas Untuk Kepuasan Pelanggan Internal dan Eksternal

Indikator Kinerja :

11) Indeks Kepuasan Pelanggan

Dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan dan mutu pelayanan serta kepuasan pelanggan melakukan penilaian tersebut dengan mengadakannya kegiatan survey kepuasan pelanggan yang dilakukan rutin setiap tahun berjalan, Kegiatan tersebut dilakukan agar RSUP Fatmawati mengetahui nilai kepuasan dan juga dapat langsung memperbaiki nilai-nilai yang dirasakan kurang sesuai dengan nilai target yang telah ditetapkan.

Acuan yang dipakai dalam melaksanakan kegiatan tersebut mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor 25 tahun 2004 tentang pengelolaan Indeks Kepuasan Masyarakat.

Indeks Kepuasan Masyarakat yang rutin dilakukan oleh RSUP Fatmawati bertujuan untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggan yang telah mendapatkan pelayanan secara keseluruhan dan dapat dirasakan sehingga dapat menilai kinerja pelayanan.

Kualitas pelayanan yang dinilai oleh masyarakat melalui survey kepuasan pelanggan yang menghasilkan nilai dapat dijadikan evaluasi dan perbaikan-perbaikan.

Metode yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan Survey Kepuasan Pelanggan setiap tahunnya sesuai dengan keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor KEP/25/M.PAN/2004 tentang pedoman Umum Penyusunan Indeks Kepuasan Masyarakat dengan metode sebagai berikut :

1. Kuisisioner disebarakan secara sampling dan diisi langsung oleh responden/ masyarakat yang datang ke RSUP Fatmawati yang telah mendapat pelayanan secara keseluruhan.
2. Pengolahan data secara manual hasil pelaksanaan survey yang diinput setiap bulan sepanjang tahun berjalan dengan terlebih dahulu melakukan verifikasi dan kelengkapan data kuisisioner yang telah diisi oleh pelanggan

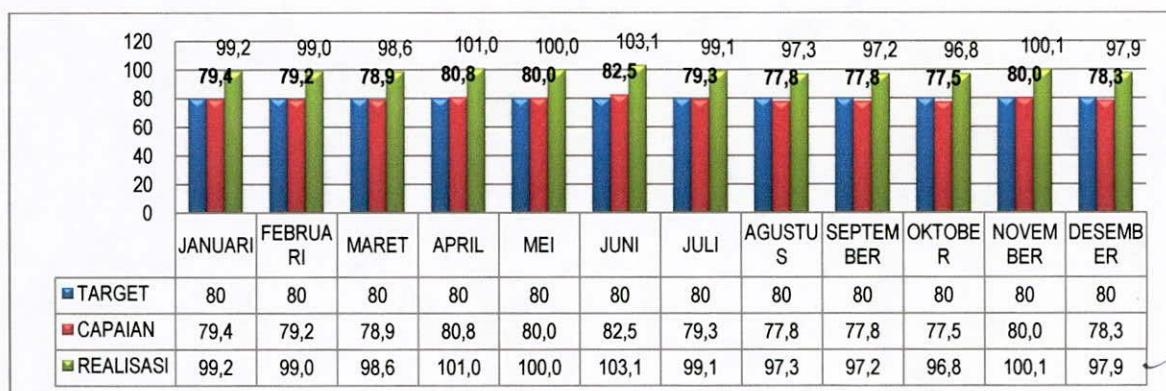
a. Kondisi yang dicapai

Capaian Indeks Kepuasan Pelanggan

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Indeks Kepuasan Pelanggan	80	81,4	101,75	80	79,30	99,13	80

Tabel Realisasi Tahun 2018:

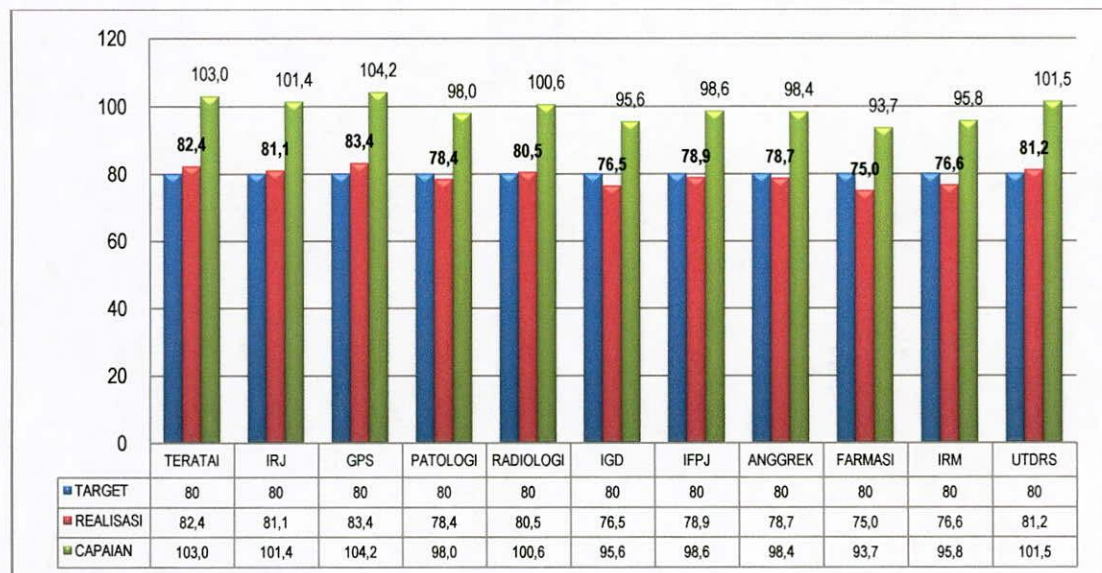
NO	BULAN	NILAI UNSUR PELAYANAN									RERATA
		PERSYARATAN	PROSEDUR	WAKTU PELAYANAN	BIAYATARIF	PRODUK SPESIFIKASI PELAYANAN	KEMAHIRAN PETUGAS PELAKSANA PELAYANAN	PERILAKU PELAKSANA	MAKLUMAT (JANJI) PELAYANAN	PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	
1	JANUARI	77,5	78,9	80	80,1	79,4	81,3	78,8	78,2	80	79,4
2	FEBRUARI	77,5	78,9	78,6	80,1	79,4	81,3	78,8	78,2	80	79,2
3	MARET	78,8	77,4	76,2	78,6	80,4	81,1	80,7	77,6	79,2	78,9
4	APRIL	79,6	80,7	79,5	80,5	80,4	82,2	80,7	81,8	81,8	80,8
5	MEI	79,1	79,6	79,8	79,5	80,4	82,9	82	77,6	78,9	80,0
6	JUNI	82,2	84,5	83,1	81	82,8	84,3	83	80,2	81,1	82,5
7	JULI	76,6	78,7	79,1	79,7	80,2	81,2	79,6	78,6	79,7	79,3
8	AGUSTUS	76,8	78	76,2	78	78,7	80,7	77,5	76,9	77,5	77,8
9	SEPTEMBER	77,9	77,7	77,8	77,4	77,2	79,6	78,3	76,5	77,7	77,8
10	OKTOBER	78,8	76,5	78	76,7	77,7	77,9	77,2	77,1	77,4	77,5
11	NOVEMBER	79,5	80,5	80,6	80,3	80,5	80,5	79,8	79	79,7	80,0
12	DESEMBER	79,8	78,3	78,4	77,7	77,8	79	77,7	77,8	78,6	78,3
	RERATA	78,7	79,1	78,9	79,1	79,6	81,0	79,5	78,3	79,3	79,3
	TARGET	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80



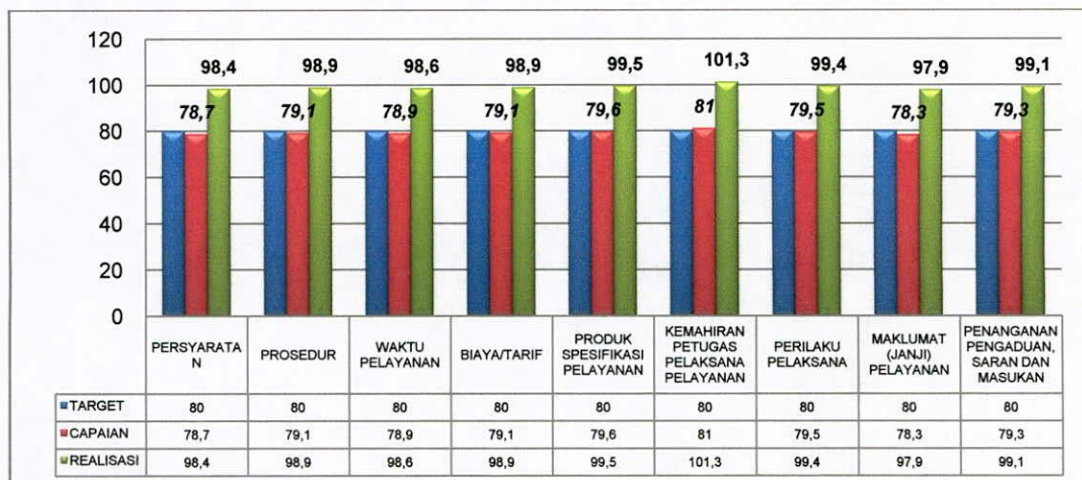
**TABEL REALISASI PER SATUAN KERJA PELAYANAN
TAHUN 2018**

NO	BULAN	NILAI UNSUR PELAYANAN									RERATA
		PERSYARATAN	PROSEDUR	WAKTU PELAYANAN	BIAYA/TARIF	PRODUK SPESIFIKASI PELAYANAN	KEMAHIRAN PETUGAS PELAKSANA PELAYANAN	PERILAKU PELAKSANA	MAKLUMAT (JANJI) PELAYANAN	PENANGANAN PENGADUAN, SARAN DAN MASUKAN	
1	TERATAI	83,8	81,9	82,5	81,9	80,7	83,4	83,1	81,4	83,5	82,4
2	IRJ	78,3	80,7	79,1	79,8	82,1	83,6	82,0	81,7	82,9	81,1
3	GPS	81,3	82,2	83,6	84,3	82,9	85,2	83,5	82,8	84,4	83,4
4	PATOLOGI	77,5	78,7	77,3	78,5	79,3	80,5	78,4	77,9	77,6	78,4
5	RADIOLOGI	82,2	81,3	81,4	79,6	79,6	82,2	81,0	77,7	79,4	80,5
6	IGD	75,2	77,3	75,4	76,1	77,3	78,3	76,7	76,0	76,0	76,5
7	IFPJ	80,1	78,7	79,1	77,5	79,7	79,4	78,8	78,1	78,9	78,9
8	ANGGREK	78,9	78,3	79,4	77,9	79,3	80,2	79,2	77,5	78,2	78,7
9	FARMASI	72,8	74,7	74,5	75,7	75,8	77,4	76,8	72,5	74,6	75,0
10	IRM	73,0	74,8	74,0	77,1	79,1	81,0	76,2	75,8	78,7	76,6
11	UTDRS	83,5	83,4	82,9	82,3	80,4	80,1	79,2	81,6	77,5	81,2
RERATA		78,8	79,2	79,0	79,1	79,6	81,0	79,5	78,4	79,2	79,3
TARGET		80	80	80	80	80	80	80	80	80	80

**GRAFIK REALISASI PER SATUAN KERJA
TAHUN 2018**



**GRAFIK REALISASI PER SATUAN KERJA PELAYANAN
TAHUN 2018**



A. Permasalahan / Kendala

Pada tahun 2018 dilakukan pengambilan data survey terhadap 11 satuan kerja pelayanan dan dari hasil tersebut didapat 6 satuan kerja pelayanan dengan nilai dibawah target yaitu :

1. Instalasi Patologi
2. Instalasi Gawat Darurat
3. Instalasi Forensik dan Perawatan Jenazah
4. Insatalasi Anggrek
5. Instalasi Farmasi
6. Instalasi Rehabilitasi Medik

Selain satuan kerja yang mendapatkan hasil survey dibawah target, terdapat pula beberapa unsur penilaian survey yang nilainya masih di bawah target dan dari 9 unsur penilaian terdapat 8 unsur yang nilainya masih dibawah target yaitu :

1. Persyaratan pelayanan
2. Prosedur pelayanan
3. Waktu pelayanan
4. Biaya/tarif pelayanan
5. Spesifikasi pelayanan
6. Perilaku pelaksana pelayanan
7. Maklumat (janji) pelayanan
8. Pengaduan, saran dan masukan

B. Usul Pemecahan Masalah

1. Untuk meningkatkan nilai survey kepuasan pelanggan khususnya satuan kerja dengan nilai dibawah target maka IPKH melakukan upaya dan menggali kembali pengambilan data survey melalui kuisisioner yang berbeda yaitu kuisisioner monitoring dan evaluasi layanan publik yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI. selain itu dilakukan koordinasi terus menerus dalam pemantauan dengan satuan kerja terhadap hasil survey.
2. Satuan kerja yang mendapatkan nilai dibawah target perlu perhatian khusus dari manajemen agar melakukan peningkatan nilai survey dengan melakukan upaya perbaikan pelayanan.
3. Pemberian informasi secara terus menerus tentang persyaratan dan prosedur pelayanan RS terhadap pelanggan secara langsung (face to face) yang dilakukan pada saat pengambilan data survey.
4. Sosialisasi tentang alur dan persyaratan pelayanan melalui banner dan spanduk serta media sosial RS.
5. Sosialisasi tentang jam pelayanan dokter sesuai peraturan yang telah ditetapkan melalui banner.
6. Sosialisasi melalui media sosial RS (Website, Facebook, Instagram, blog) tentang jenis-jenis pelayanan.
7. Pemberian pelatihan pelayanan prima secara berkala kepada petugas pelaksana pelayanan (frontliner) untuk meningkatkan pelayanan yang baik terhadap pelanggan dan bekerjasama dengan bagian Pendidikan dan Penelitian.
8. Membuat maklumat/ janji pelayanan di ruang tunggu sesuai peraturan yang telah ditetapkan untuk memudahkan pelanggan mengetahui waktu menunggu.
9. Membuat sistem pemantauan lama waktu tunggu melalui aplikasi yang diciptakan oleh RS untuk memberikan kejelasan lama waktu menunggu pasien (contoh pemantauan waktu menunggu obat di apotik).
10. Membuat media penyampaian keluhan dan masukan yang mudah diakses masyarakat luas (melalui media sosial RS, Handphone dan media keluhan secara langsung yang ada di setiap ruang pelayanan).

C. Upaya yang telah dilakukan:

1. Melakukan penggalan data survey dengan instrumen penilaian survey yang berbeda.
2. Melakukan monitoring dan evaluasi dalam upaya peningkatan nilai hasil survey berikutnya bekerjasama dengan Bidang Pelayanan Medik.
3. Menyampaikan progres laporan hasil survey kepuasan pelanggan kepada satuan kerja pelayanan yang dilakukan survey agar melakukan upaya perbaikan dan peningkatan nilai survey di tahun berikutnya.
4. Melaporkan kepada manajemen tentang hasil survey yang telah dilakukan untuk mendapatkan rekomendasi selanjutnya.

D. Rekomendasi :

Hasil survey kepuasan pelanggan yang mendapatkan hasil terendah dijadikan bahan untuk meningkatkan layanan menjadi lebih baik lagi misalnya secara terus menerus memberikan edukasi terhadap staf di lapangan dalam kegiatan pertemuan rutin morning report, press conference, sehingga tidak terjadi lagi adanya keluhan tentang pelayanan petugas yang tidak ramah.

9. Tercapainya Sistem Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Indikator Kinerja :

12) Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional

Definisi Operasional Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional adalah Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai Imbalan atas barang / jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni). Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, berupa Beban Umum dan Administrasi, dan Beban Layanan dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan Pendapatan PNBPN Satker BLU. Tidak termasuk biaya penyusutan dan amortisasi.

a. Kondisi yang dicapai

Capaian Rasio PNBPN terhadap biaya operasional

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN	TARGET
Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75	75%	100	75	80,30%	107,07	75

Berdasarkan data di atas, realisasi rasio PNBPN terhadap biaya operasional sebesar **107,07%**, ini didapatkan dari perhitungan total pendapatan sampai dengan bulan Desember 2018 setelah dikurangi pendapatan APBN adalah sebesar **Rp 512.899.661.257** sedangkan Total Beban Operasional adalah **Rp 638.789.319.841** sehingga hasil perhitungan Rasio POBO periode sampai dengan bulan Desember 2018 adalah sebesar **80,30%**.

b. Analisa atas keberhasilan pencapaian indikator

Dengan tercapainya target indikator Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO) pada tahun 2018 sebesar 107,07%, didukung oleh beberapa hal sebagai berikut:

1. Evaluasi sistem remunerasi pegawai sejalan dengan pelayanan yang berdampak pada penerimaan;
2. Program peningkatan mutu pelayanan dilakukan dengan memperhatikan kemampuan keuangan;
3. Pengendalian dan efisiensi terhadap pengadaan barang farmasi, serta barang dan jasa.
4. Optimalisasi proses klaim dan penagihan atas pasien BPJS Kesehatan.

c. Upaya untuk mempertahankan/meningkatkan capaian indikator

Walaupun telah tercapai target yang ditetapkan, upaya untuk mempertahankan capaian POBO yang maksimal harus senantiasa dilakukan agar tingkat kesehatan keuangan RSUP Fatmawati senantiasa dalam keadaan baik.

Upaya-upaya yang akan dilakukan antara lain:

1. Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya diseluruh sektor, terutama efisiensi farmasi serta penyesuaian pola perhitungan remunerasi yang lebih rasional;

2. Menyusun perencanaan kebutuhan yang tepat berdasarkan analisa data;
3. Menyusun anggaran berbasis kinerja dengan tidak menganut prinsip "zero based budgeting" dimana jumlah biaya yang dikeluarkan harus sama dengan jumlah penerimaan dengan saldo awal;
4. Melakukan evaluasi dan perhitungan kembali terhadap proporsi bagi hasil atas pelayanan KSO sesuai dengan kondisi;
5. Melakukan evaluasi terhadap layanan yang memiliki gap (kesenjangan) tertinggi antara tarif RS dengan tarif INA CBGs;
6. Percepatan proses klaim penagihan terutama untuk pasien BPJS.

**PAGU ANGGARAN DIPA PENDAPATAN DAN DIPA RUPIAH MURNI
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
TAHUN 2018**

KODE MAK	URAIAN	PAGU ANGGARAN		NAIK / TURUN	
		SEMULA	MENJADI	RUPIAH	%
2094.508	Alat Kesehatan	22.920.494.000	27.919.448.000	4.998.954.000	21,81
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	423.487.853.000	426.228.853.000	2.741.000.000	0,65
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	193.275.009.000	192.531.557.000	(743.452.000)	(0,38)
2094.509	Layanan Internal (Overhead)	17.152.147.000	17.911.147.000	759.000.000	4,43
2094.994	Layanan Perkantoran	135.627.987.000	137.554.760.000	1.926.773.000	1,42
JUMLAH		792.463.490.000	802.145.765.000	9.682.275.000	1,22

Sehubungan dengan pagu anggaran yang berubah, semula Rp. 792.463.490.000,- menjadi Rp. 802.145.765.000,- (1,22%). Kenaikan sebesar 1,22% dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

1. Revisi alokasi anggaran karena adanya penambahan alokasi Gaji dan Tunjangan yang berasal dari rupiah murni (2094.994) sebesar Rp 1.926.773.000, sehingga alokasi anggaran yang semula Rp 135.627.987.000 , dengan adanya penambahan alokasi tersebut beubah menjadi Rp 137.554.760.000.
2. Adanya surat dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : PR.04.02//4519/2018 tanggal 18 September 2018, perihal Pergeseran Anggaran *Refocusing* Internal Ditjen Pelayanan Kesehatan TA 2019 dan surat No.

PR.04.02/II/4716/2018 tanggal 4 Oktober 2018 perihal Perubahan Pergeseran Anggaran *Refocusing* Internal Ditjen Pelayanan Kesehatan TA 2018. Dari hasil pengalihan RSUP Fatmawati mendapatkan sebesar Rp 7.755.502.000.

3. Revisi Anggaran (*Refocusing*) dari pemerintah (Rupiah Murni) untuk yang dialokasikan peruntukan :

- Belanja Modal Alat Kesehatan Rp 4.998.954.000
- Belanja Barang Farmasi / Obat Rp 2.756.548.000

Jumlah Rp 7.755.502.000

**PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA
RSUP FATMAWATI TAHUN 2018**

	SASARAN STRATEGIS	NO	JUDUL INDIKATOR	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENCAPAIAN
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	%	85%	100,00%	117,65
2	Terperuhnya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras medik dan non medik sesuai standar	%	80%	83,90%	104,88
		3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	%	70%	84,76%	121,08
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4	% Tingkat integrasi sistem informasi	%	80%	81,02%	101,28
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	Judul	25	25	100,00
		6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	%	90%	81,40%	90,44
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7	% Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	%	100%	100,00%	100,00
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	Program	1	2	200,00
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan Identifikasi Pasien	%	100%	97,32%	97,32
		10	Penerapan Keselamatan Operasi	%	100%	100,00%	100,00
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks Kepuasan Pelanggan	%	80%	79,30%	99,13
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNPB terhadap biaya operasional	%	75%	80,30%	107,07
Rata - rata Pencapaian							111,57

Capaian indikator kinerja rata-rata sudah lebih dari 100%, bisa diasumsikan arah gerak strategi dalam memenuhi visi misi sudah sesuai dengan harapan dengan rata-rata capaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2018 sebesar **111,57%** sedangkan capaian kinerja menggunakan Dana DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2018 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 684.712.608.106,- atau 85,36% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp. 802.145.765.000,- .

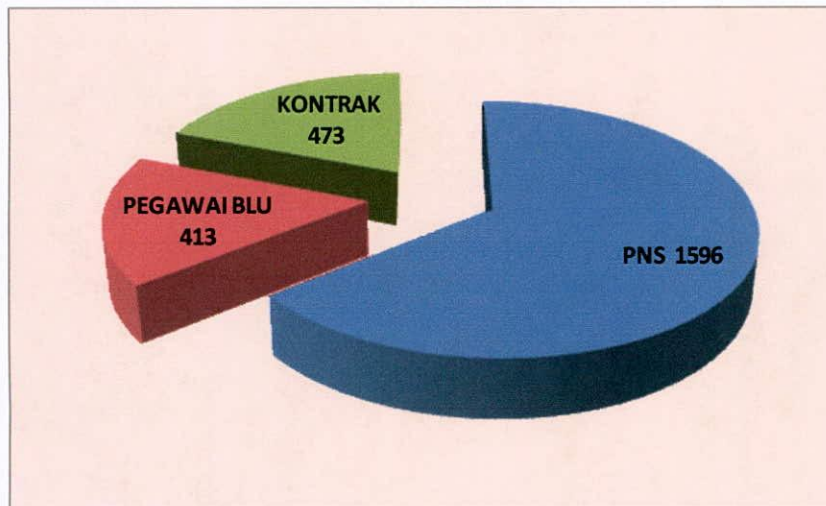
SUMBER DAYA LAINNYA

1. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia di RSUP Fatmawati per 31 Desember 2018 sejumlah 2.482 pegawai, dengan kriteria kepegawaian sebagai berikut :

SUMBER DAYA MANUSIA PEGAWAI NEGERI SIPIL TAHUN 2018

NO	URAIAN	JANUARI TH 2018	TAMBAH	KURANG	DESEMBER TH 2018
1	<u>Menurut Golongan</u>				
	PNS Gol IV	215	7		222
	PNS Gol III	1.038		17	1.021
	PNS Gol II	383		30	353
	PNS Gol I	-			-
	Jumlah	1.636			1.596
2	<u>Menurut Jenis Profesi</u>				
	Tenaga Medis	249			249
	Tenaga Medis Keperawatan	614		18	596
	Tenaga Paramedis Keperawatan	37		2	35
	Tenaga Paramedis Non Keperawatan	256	8		264
	Tenaga Non Medis	480		28	452
	Jumlah	1.636	8	48	1.596



**SUMBER DAYA MANUSIA
NON PEGAWAI NEGERI SIPIL
TAHUN 2018**

NO	URAIAN	JANUARI TH 2018	TAMBAH	KURANG	DESEMBER TH 2018
1	<u>Menurut Golongan</u>				
	Gol III	196	64		260
	Gol II	654		32	622
	Gol I	4			4
	Jumlah	854			886
2	<u>Menurut Jenis Profesi</u>				
	Tenaga Medis	36	6		42
	Tenaga Medis Keperawatan	460	32		492
	Tenaga Paramedis Keperawatan	16	1		17
	Tenaga Paramedis Non Keperawatan	94		4	90
	Tenaga Non Medis	248		3	245
	Jumlah	854	39	7	886

Selain sumber daya manusia yang bersifat PNS dan Non PNS, RSUP Fatmawati juga memiliki SDM yang berasal dari jasa layanan kontrak. SDM tersebut terdiri dari :

- a. Konsultan keuangan (1 orang);
- b. Konsultan hukum (1 orang);
- c. Konsultan Humas (1 orang)
- d. Tenaga ahli bangunan (1 orang);

- e. Satpam;
- f. Cleaning service (7 orang *supervisor*, 12 orang *leader* dan 314 *cleaner* sehingga total berjumlah 333 orang)

Kelima jenis tenaga SDM layanan kontrak tersebut mendukung kinerja RSUP Fatmawati sesuai dengan bidang dan peruntukannya masing-masing. Evaluasi terhadap penyedia layanan kontrak dilakukan secara berkala berdasarkan kriteria evaluasi personil, evaluasi administrasi, evaluasi non personil, evaluasi alat dan bahan dan hasil kerja yang dicapai. Sehingga dapat diperoleh kesimpulan kinerja atas SDM tersebut dan kontribusinya terhadap kinerja RSUP Fatmawati.

Dalam setiap pelaksanaan kegiatan penunjang Kinerja RSUP Fatmawati melakukan beberapa analisis dan efisiensi dalam pemenuhan dan penggunaan sumber daya maupun sumber dana.

Untuk analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya manusia, RSUP Fatmawati secara umum langsung memberi tanggung jawab kinerja kepada Satuan Kerja yang berhubungan dengan target kinerja serta tugas pokok dan fungsinya. Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 Tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil, rencana kerja dan target yang akan dicapai oleh seorang pegawai (PNS). Sasaran Kerja Pegawai (SKP) yang telah ditetapkan selanjutnya akan dilakukan penilaian secara sistematis oleh Pejabat Penilai terhadap sasaran kerja pegawai dan perilaku kerja pegawai (PNS).

Sebagaimana diamanatkan dalam Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 pasal 33, mulai Tahun 2014 Kementerian Kesehatan mulai mengimplementasikan SKP dengan berdasarkan prinsip, objektif, terukur, akuntabel, partisipatif dan transparan. Dalam rangka mengukur kinerja pegawai (PNS dan Non PNS), pengukuran kinerja individu dilakukan setiap bulan (Indikator Kinerja Individu/(IKI) yang menjadi salah satu dasar pembayaran remunerasi bagi pegawai.

2. Sumber Daya Sarana Dan Prasarana

Sedangkan laporan berdasarkan penatausahaan barang milik negara meliputi kegiatan pencatatan, pendaftaran, pembukuan dan pelaporan barang milik negara (BMN) maka Laporan Tahunan Inventaris yang dibuat sampai dengan tgl 31 Desember 2018 tercatat sebagai berikut :

**LAPORAN PENGELOLAAN SUMBER DAYA SARANA DAN PRASARANA
RSUP FATMAWATI TAHUN 2018**

a. BMN INTRAKOMTABEL

Posisi Awal (1 Januari 2018)	Rp	5.230.999.620.489
Penambahan	Rp	177.583.755.881
Pengurangan	Rp	52.818.977.979
Posisi Akhir (31 Desember 2018)	Rp	5.355.764.398.391

b. BMN EKSTRAKOMTABEL

Posisi Awal (1 Januari 2018)	Rp	583.746.539
Penambahan	Rp	271.430.370
Pengurangan	Rp	99.908.400
Posisi Akhir (31 Desember 2018)	Rp	755.268.509

c. BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA

Posisi Awal (1 Januari 2018)	Rp	5.231.583.367.028
Penambahan	Rp	177.855.186.251
Pengurangan	Rp	52.918.886.379
Posisi Akhir (31 Desember 2018)	Rp	5.356.519.666.900

d. BMN ASET TAK BERWUJUD

Posisi Awal (1 Januari 2018)	Rp	2.909.138.453
Penambahan	Rp	34.680.000
Pengurangan	Rp	-
Posisi Akhir (31 Desember 2018)	Rp	2.943.818.453

e. KONTRUKSI DALAM Pengerjaan

Posisi Awal (1 Januari 2018)	Rp	91.605.742.739
Penambahan	Rp	(10.431.397.276)
KDP yg menjadi aset Definitif	Rp	81.174.345.463
Posisi Akhir (31 Desember 2018)	Rp	-

B. REALISASI ANGGARAN

REALISASI PENYERAPAN ANGGARAN DIPA PENDAPATAN DAN DIPA RUPIAH MURNI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI TAHUN 2018

KODE MAK	URAIAN	ALOKASI	REALISASI		SISA ANGGARAN	
			RUPIAH	% 5 = (4/3X100)	RUPIAH	% 7 = (6/3X100)
1	2	3	4		6 = (3-4)	7 = (6/3X100)
2094.508	Alat Kesehatan	27.919.448.000	27.344.606.714	97,94	574.841.286	2,06
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	426.228.853.000	361.972.692.428	84,92	64.256.160.572	15,08
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	192.531.557.000	148.505.415.792	77,13	44.026.141.208	22,87
2094.509	Layanan Internal (Overhead)	17.911.147.000	11.140.331.632	62,20	6.770.815.368	37,80
2094.994	Layanan Perkantoran	137.554.760.000	135.749.561.540	98,69	1.805.198.460	1,31
JUMLAH		802.145.765.000	684.712.608.106	85,36	117.433.156.894	14,64

Realisasi penyerapan anggaran DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2018 sebesar Rp 684.712.608.106,- atau 85,36% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp. 802.145.765.000,-



Dari Grafik diatas dapat disimpulkan Pagu Anggaran Tahun 2018 mengalami kenaikan sebesar 0,66% dari Tahun 2017 dan Realisasinya pun menurun sebesar 3,19%. Salah satu penyebab turunnya realisasi karena target penerimaan yang semula ditetapkan sebesar Rp 625.000.000.000 tetapi realisasi penerimaan tahun 2018 sebesar 483.266.558.962 (77%) yang disebabkan antara lain :

1. Belum optimalnya pelayanan gedung penunjang 6 lantai bougenvile terutama ruang perawatan NICU (2 ruangan) & PICU (1 ruangan) di lantai 3 yang belum operasional karena masih kurang SDM (perawat) maupun fasilitas alat medik yang belum terpenuhi, paviliun anggrek yang hingga saat ini dari 6 lantai yang beroperasi lantai 1, 2 dan 3 sebagai ruang rawat inap Klas I, VIP dan Unit Stroke.
2. Perencanaan pengembangan layanan rawat inap Anggrek Lantai 4, 5, 6 belum dapat diwujudkan karena kondisi keuangan yang tidak memungkinkan.
3. Belum optimalnya pelayanan Poliklinik pagi di Eksekutif Griya Husada.
4. Belum optimalnya pelayanan unggulan (orthopedi dan rehabilitasi medik).
5. Belum optimalnya penggunaan alat-alat canggih untuk peningkatan mutu pelayanan terhadap pasien.
6. Pedoman Praktek Klinis yang ada saat ini belum seluruhnya mempunyai *Clinical Pathway* sehingga belum bisa disesuaikan dengan kode INACbg's.
7. Tertundanya pembayaran klaim pasien BPJS oleh BPJS.
8. Belum optimalnya pelayanan Cath Lab dan Hemodialisa.
9. Belum optimalnya kegiatan pelayanan Bedah Prima.
10. Belum optimalnya bidang pemasaran dalam menjalin kerjasama dengan pihak luar.
11. Belum optimalnya pelayanan MCU.
12. Belum optimalnya efisiensi belanja.

BAB IV

PENUTUP

Laporan Kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2018 merupakan pertanggungjawaban kinerja RSUP Fatmawati kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI selama kurun waktu satu tahun, dimana telah tertuang di dalam Penetapan Kinerja yang merupakan dokumen pernyataan kinerja / kesepakatan kinerja / perjanjian kinerja.

Hasil dari pencapaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2018 sebagai berikut :

1. Akuntabilitas Rumah Sakit sudah dapat dipertanggung-jawabkan dengan sudah terpantaunya indikator kinerja rumah sakit secara berkala.
2. Belum semua sasaran strategi bisa terlaksana, baik dalam input, proses maupun outputnya.
3. Pencapaian Indikator Kinerja RSUP Fatmawati sudah mencapai 111,57% dengan penyerapan anggaran sebesar 85,36%, hal ini menunjukkan kemampuan anggaran yang ada menghasilkan kinerja yang optimal di RSUP Fatmawati telah tercapai.

Indikator Kinerja RSUP Fatmawati secara umum tercapai sesuai target yang telah ditetapkan pada Revisi Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati Tahun 2017 - 2019. Sedangkan beberapa indikator kinerja yang belum mencapai target, dapat terus diupayakan dengan cara kendala-kendala kinerja yang dipengaruhi asumsi makro dapat diperkecil. Sehingga bisa mendorong kinerja RSUP Fatmawati dengan upaya perbaikan sistem yaitu dengan cara monitoring dan evaluasi yang berkesinambungan dengan mengedepankan profesionalisme di lingkungan RSUP Fatmawati.

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati selain merupakan pertanggungjawaban kinerja juga dapat digunakan sebagai parameter atau alat komunikasi bagi seluruh jajaran manajemen maupun fungsional demi peningkatan kinerja RSUP Fatmawati dimasa mendatang.

LAMPIRAN – LAMPIRAN

LAMPIRAN – LAMPIRAN

A. FORM RENCANA KINERJA TAHUNAN

RENCANA KINERJA TAHUNAN

Unit : RSUP Fatmawati
 Tahun Anggaran : 2018

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET TH 2018
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1 % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	85%
2	Terpenuhiya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2 % Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	80%
		3 % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	70%
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4 % Integrasi sistem informasi	80%
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5 Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	25
		6 % Pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	90%
5	Tercapainya Supply Chain Management System	7 % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8 Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9 Ketepatan Identifikasi pasien	100%
		10 Penerapan Keselamatan Operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11 Indeks Kepuasan Pelanggan	80
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12 Rasio PNBK terhadap biaya operasional	75%


 7 Desember 2017
 Direktur Utama RSUP Fatmawati

Syatak Harung, Sp.A, MPH &
 NIP. 19601009 199510 1 002

B. PERNYATAAN PERJANJIAN KINERJA



DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018

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

Nama : dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta, Kementerian Kesehatan RI

selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 18 Desember 2017



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



dr. M. Syafak Hanung, Sp.A, MPH
NIP 196010091986101002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018
RSUP FATMAWATI**

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Terwujudnya Peningkatan Komitmen SDM dalam Pengembangan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	1	Persentase Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	85%
2	Terpenuhiya Sumber Daya sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien	2	Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	80%
		3	Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	70%
3	Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi	4	Persentase integrasi sistem informasi	80%
4	Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	25
		6	Persentase pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	90%
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7	Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerja sama layanan kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan identifikasi pasien	100%
		10	Penerapan keselamatan operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks kepuasan pelanggan	80
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNBP terhadap biaya operasional	75%

Kegiatan

1. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan

Anggaran

Rp 792.463.490.000,-

Jakarta, 18 Desember 2017

Pihak Kedua,



dr. Bambang Wibowo, Sp OG(K), MARS
NIP. 196308201988121001

Pihak Pertama,



dr. Syarif Hanung, Sp.A, MPH
NIP. 196010091966101002

D. FORM PENGUKURAN KINERJA

PENGUKURAN KINERJA


Unit Kerja : RSUP Fatmawati
Tahun Anggaran : 2018

REKAPITULASI LAKIP RSUP FATMAWATI SEMESTER I DAN II TAHUN 2018 HASIL VERIFIKASI SPI


NO	KPI	PERIODE LAPORAN	TARGET	REALISASI %		RATA2 TOTAL REALISASI	CAPAIAN %	PIC	KET
				SMT I	SMT II				
1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	Tahunan	85%	100		100	117,65	Ka.Bag SDM	Laporan sesuai Format
2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras medik dan non medik sesuai standar	Tahunan	80%	67,80		83,90	104,88	Ka Bid Fasmed	Laporan sesuai Format
				61,00				Ka. Bag Umum	Laporan sesuai Format
3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	Triwulan	70%	91,50	91,50	84,76	121,08	Ka KPPI	Laporan sesuai Format
				75,67	80,36			Ka K3	Laporan sesuai Format
4	% Tingkat integrasi sistem informasi	Triwulan	80%	81,53	80,52	81,02	101,28	ISIRS	Laporan sesuai Format
5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	Tahunan	25	11,00	14	25,00	100	KOMLITBANG	Laporan sesuai Format
6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	Bulanan	90%	81,66	81,20	81,43	90,47	Ka.Bag Dikit	Laporan sesuai Format
7	% Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	Triwulan	100%	100,00	100	100	100	Ka.Bag Umum	Laporan sesuai Format
8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	Tahunan	1	2,00		2,00	200	Ka.Bag Dikit	Laporan sesuai Format
9	Ketepatan Identifikasi Pasien	Bulanan	100%	97,32	97,32	97,32	97,32	Ka.Bid Keperawatan	Laporan sesuai Format
10	Penerapan Keselamatan Operasi	Bulanan	100%	100	100	100	100	Ka. IBS	Laporan sesuai Format
11	Indeks Kepuasan Pelanggan	Bulanan	80%	79,30	79,30	79,30	99,13	Ka. IPKH	Laporan sesuai Format
12	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	Bulanan	75%	80,30		80,30	107,07	Ka.Bag Akuntansi	Laporan sesuai Format
							111,57		

E. SK TIM LAKIP

2.81



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
Jl. RS. Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan Telp. 021-7501524, 7660552 (Hunting)
Fax 021-7690123, E-mail: rsupf@fatmawatihospital.com Website: www.fatmawatihospital.com



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
NOMOR : HK.03.05/II.1/1347/2017

MASTER

TENTANG
TIM PENYUSUN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RSUP FATMAWATI
DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Menimbang :

- a. bahwa dalam rangka mendukung terwujudnya aparatur pemerintahan yang profesional, bersih dan berwibawa, RSUP Fatmawati menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan kegiatan dalam mencapai misi dan tujuan organisasi "good Corporate governance";
- b. bahwa sehubungan dengan pernyataan pada butir a tersebut diatas, maka perlu dibentuk Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati dan ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati.

Mengingat :



1. TAP MPR Nomor : XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
2. Undang-Undang Nomor : 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
3. Instruksi Presiden Nomor : 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Instruksi Presiden Nomor : 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi.
5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara & Reformasi Birokrasi Nomor : 12/2015 tentang Pedoman Evaluasi Atas Implementasi SAKIP.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.02/Menkes/52/2015 tanggal 6 Februari 2015 tentang Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019.
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : KP.03.03/Menkes/318/2017 tanggal 05 Juli 2017 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama Di Lingkungan Kementerian Kesehatan R.I.
9. Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor : HK.03.05/II.1/1390/2015 tanggal 17 Juni 2015 tentang Pemberlakuan Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati Tahun 2015-2019.
10. Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor : HK.03.05/II.1/706/2017 tanggal 25 Juli 2017 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI TENTANG TIM PENYUSUN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Kesatu : Menetapkan Tim Penyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini.

Kedua : Tim bertugas menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati.





KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Jl. RS. Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan Telp. 021-7501524, 7660552 (Hunting)
Fax. 021-7690123, E-mail: rsupf@fatmawatihospital.com Website: www.fatmawatihospital.com




LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
NOMOR : HK.03.05/II.1/1347/2017 TANGGAL : 16 NOVEMBER 2017

SUSUNAN KEANGGOTAAN
TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

- PELINDUNG : Direktur Utama
- PENANGGUNG JAWAB : 1. Direktur Medik dan Keperawatan
2. Direktur Umum, EDM dan Pendidikan
3. Direktur Keuangan
- KETUA : Kepala Bagian Perencanaan dan Anggaran
- WAKIL KETUA : 1. Ketua Komite Mutu dan Manajemen Risiko
2. Kepala Satuan Pemeriksa Intern
- SEKRETARIS : Ketua Sub Komite Penilaian Kinerja KMMR
- ANGGOTA : 1. Ketua Komite Penelitian dan Pengembangan
2. Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
3. Ketua Komite Medik
4. Ketua Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja
5. Kepala Bidang Pelayanan Medik
6. Kepala Bidang Fasilitas Medik dan Keperawatan
7. Kepala Bidang Pelayanan Keperawatan
8. Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian
9. Kepala Bagian Akuntansi
10. Kepala Bagian Urum
11. Kepala Bagian Sumber Daya Manusia
12. Kepala Instalasi Promosi Kesehatan dan Humas
13. Kepala Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit
14. Kepala Instalasi Bedah Sentral
15. Ka. Sub Bag Evaluasi & Pelaporan, Bag. Perencanaan & Anggaran
16. Ns. Rini Makarti, S.Kep (Anggota SPI)

DIREKTUR UTAMA,


MOCHAMMAD SYAFAK HANUNG
NIP 196010091986101002



F. PENGHARGAAN YANG DIPEROLEH RSUP FATMAWATI TAHUN 2018

PENGHARGAAN J CI



SERTIFIKAT AKREDITASI RS



**PENGHARGAAN DARI GUBERNUR DKI SEBAGAI
PERUSAHAAN YANG MEMATUHI KETAATAN
PROPERDA TINGKAT PROVINSI DKI JAKARTA.**



**JUARA KE-1 LOMBA IMPLEMENTASI GREEN HOSPITAL
RSUP FATMAWATI TAHUN 2018.**



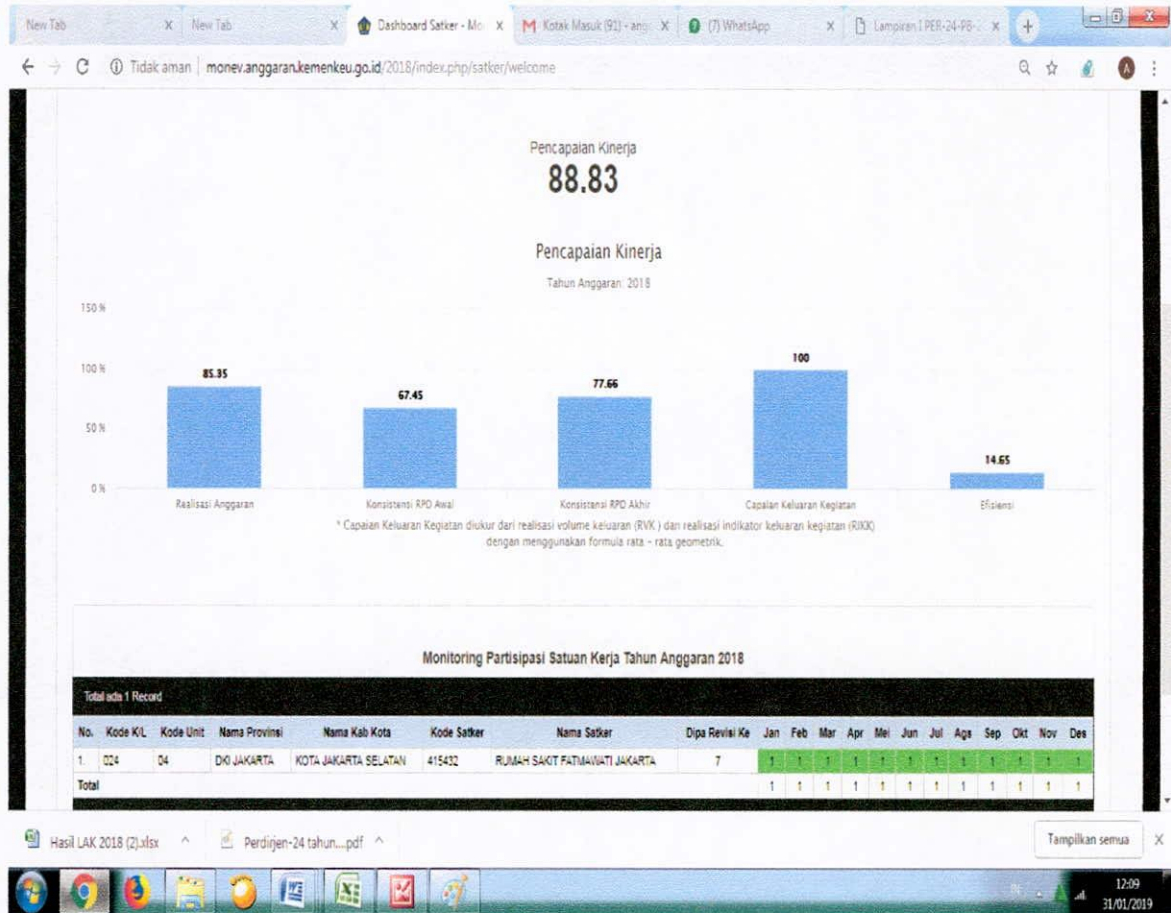
JUARA KE – 3 LOMBA POSTER PERSI DALAM HOSPITAL EXPO



**JUARA KE-3 LOMBA ARSIPARIS YANG DIAKAN OLEH
KEMENTERIAN KESEHATAN DALAM RANGKA HKN KE-
54 TAHUN 2018.**



HASIL LAPORAN KINERJA KEUANGAN (LAPORAN PENYERAPAN ANGGARAN DALAM APLIKASI EMONEV DJA)



HASIL LAPORAN KINERJA KEUANGAN (LAPORAN PENYERAPAN ANGGARAN DALAM APLIKASI EMONEY BAPPENAS)

The screenshot displays the '3. PRATINJAU REALISASI KOMPONEN' (Component Realization Overview) page in the eMONEY BAPPENAS application. The interface includes a sidebar with navigation options like 'Beranda', 'Pemantauan', 'Pratinjau Laporan', and 'Cetak Laporan'. The main content area is divided into 'INFORMASI' (Information) and 'OUTPUT KEGIATAN' (Activity Output).

INFORMASI

- TAHUN ANGGARAN : 2018
- KEMENTERIAN/LEMBAGA : [024] - KEMENTERIAN KESEHATAN
- UNIT KERJA ESELON I : [04] - Ditjen Pelayanan Kesehatan
- PROGRAM : [07] - Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan
- UNIT KERJA ESELON II : [06] - Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan
- SATUAN KERJA : [415432] - RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA
- KEGIATAN : [2094] - Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan

OUTPUT KEGIATAN

NO	KODE	NOMENKLATUR OUTPUT	ALOKASI ANGGARAN (RUPIAH)	REALISASI ANGGARAN (RUPIAH)
1	2094.508	Alat Kesehatan	27,919,448,000.00	27,344,606,714.00
2	2094.509	Layanan operasional UPT BLU	426,228,853,000.00	361,972,692,428.00
3	2094.512	Obat-Obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	192,531,557,000.00	148,505,415,792.00
4	2094.951	Layanan Internal (Overhead)	17,911,147,000.00	11,140,331,632.00
5	2094.994	Layanan Perkantoran	137,554,760,000.00	135,749,561,540.00
TOTAL			802,145,765,000.00	684,712,608,106.00

At the bottom of the application window, a taskbar shows open files: 'Hasil LAK 2018 (2).xlsx' and 'Perdirjen-24 tahun...pdf'. The system tray indicates the time is 12:11 on 31/01/2019.

