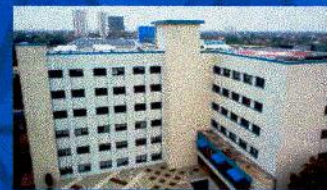


LAPORAN KINERJA (LKj)

Tahun 2021



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



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



Jl. RS. Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan 12430 Telp. 021-7501524, 7660552 (Hunting)
Fax. 021-7690123, E-mail: rsupf@fatmawatihospital.com Website: www.fatmawatihospital.com

PERNYATAAN TELAH DIREVIU
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
TAHUN 2021

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Rumah Sakit Umum Fatmawati Tahun 2021 sesuai dengan Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam menyakini keandalan informasi yang disajikan didalam laporan kinerja ini.

Jakarta, 25 Januari 2022

Kepala Satuan Pemeriksaan Intern,

Ns. Sardi, Skep, Mkep, QRMA
NIP.197008021994031002



LAPORAN KINERJA (LKj)
RSUP FATMAWATI
TAHUN 2021



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 2021 ini sebagai perwujudan tanggung jawab kinerja yang akuntabel, mutu pelayanan RSUP Fatmawati semakin baik dan dapat mewujudkan visinya : **“Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Multidisiplin yang Handal bagi Masyarakat”** melalui misi, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam penyusunan RSB.

Jakarta, Januari 2022,

Direktur Utama RSUP Fatmawati



dr. Andi Saguni, MA

NIP : 197201172000121001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	3
C. Tugas Pokok dan Fungsi	3
1. Tugas RSUP Fatmawati	4
2. Fungsi RSUP Fatmawati yaitu Menyelenggarakan	4
D. Peran Strategi RSUP Fatmawati	4
1. Visi dan Misi	5
2. Tantangan Strategis	6
3. Struktur Organisasi RSUP Fatmawati	6
E. Sistematika Penulisan	7
1. Bab I Pendahuluan	7
2. Bab II Perencanaan Kinerja	7
3. Bab III Akuntabilitas Kinerja	7
4. Bab IV Penutup	7
5. Lampiran - Lampiran	7

BAB II : PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja	8
B. Perjanjian Kinerja	12

BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi	15
1. Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU Yang Sehat dan Mandiri	17
2. Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Stakeholder	20

3. Terwujudnya Digital Marketing	29
4. Terwujudnya Optimalisasi Pelayanan Terpadu	30
5. Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS Yang Baik	35
6. Terwujudnya Kerjasama Dengan Pihak Ketiga	38
7. Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM Rumah Sakit	45
8. Terwujudnya Seluruh Sistem Informasi Yang Terintegrasi	49
9. Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat Rumah Sakit	51
10. Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	54
B. Efisiensi Sumber Daya	61
1. Efisiensi Sumber Daya Manusia	61
2. Efisiensi Sumber Energi	61
 BAB IV : PENUTUP	 64
 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 pada tahun 2021. Hasil pengukuran kinerja yang telah ditetapkan selama tahun 2021 secara keseluruhan mencapai target yang telah ditetapkan.

Tahun 2021 merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati tahun 2020-2024 yang mempunyai visi: **“Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Multidisiplin yang Handal bagi Masyarakat “** dengan misi: 1).Memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian yang berfokus pada pasien, berkualitas dan berintegrasi; 2).Meningkatkan Inovasi dan produktivitas kinerja yang berbasis kendali mutu dan kendali biaya; 3).Menyelenggarakan tata kelola klinis dan manajemen yang baik;4).Mengembangkan sarana prasarana sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan terkini.

Sasaran yang ingin dicapai di tahun 2020-2024 adalah: 1).Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri; 2).Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder; 3).Terwujudnya digital marketing; (4).Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu; 5).Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik; 6).Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga; 7).Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS; 8).Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi; 9).Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat R; 10).Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi.

Laporan Kinerja RSUP Fatmawati tahun 2021 merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang direncanakan di tahun 2021 yang disusun sebagai upaya mewujudkan visi dan misi berdasarkan sasaran strategis dan indikator yang ditetapkan dalam Rencana Strategis tahun 2020-2024.

Sebagai bahan evaluasi Laporan Kinerja tidak hanya menyajikan informasi yang berisi tentang keberhasilan dan ketidakberhasilan yang telah dicapai pada tahun 2021



tetapi juga memuat tindak lanjut dan rekomendasi perbaikan sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Hasil capaian kinerja tahun 2021 secara keseluruhan telah mencapai target yang telah ditetapkan, namun untuk indikator cash ratio dan current ratio. Nilai capaiannya sangat tinggi yaitu sebesar 6.671,44% untuk cash ratio dan 3.233,07% untuk current ratio. Hal ini mencerminkan ketersediaan kas yang cukup dalam memenuhi kewajiban yang harus diselesaikan.

Sedangkan realisasi alokasi DIPA Tahun Anggaran 2021 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 696.572.858.572,- atau 92,66% dari alokasi yang tercantum dalam Revisi DIPA petikan sebesar Rp 751.758.188.000,-



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//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.

Upaya-upaya RSUP Fatmawati dalam mewujudkan tujuan organisasi ini tertuang dalam sasaran-sasaran yang ingin dicapai setiap tahunnya selama 5 tahun ke depan (2020-2024) yaitu: 1) Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri; 2) Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder; 3) Terwujudnya digital marketing; (4) Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu; 5) Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik; 6) Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga; 7) Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS; 8) Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi; 9) Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS.

Sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, RSUP Fatmawati sebagai BLU setiap tahun telah menyusun Rencana Kerja Tahunan yang mengacu pada Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) dan Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang telah ditetapkan. Penyusunan RBA berdasarkan atas kemampuan pendapatan yang akan diterima baik yang bersumber dari APBN maupun dari jasa layanan rumah sakit.

Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan gambaran pencapaian kinerja rumah sakit yang ditunjukkan dengan tercapainya program kerja dan indikator kinerja dan diharapkan dapat meningkatkan penyempurnaan perencanaan dan pelaksanaan program dan kegiatan tahun mendatang.

Sebagai landasan, penyusunan laporan akuntabilitas kinerja mengacu pada beberapa peraturan perundang-undangan yaitu :

1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 Tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.



5. 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.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XI1/2011 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
7. Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan No: HK 02.04/1/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 Tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis Di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Kinerja merupakan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati di Tahun 2021 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RSUP Fatmawati sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu tahun 2021 sebagai tahun kedua pelaksanaan Rencana Strategis (2020-2024) RSUP Fatmawati.

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati juga dimaksudkan sebagai perwujudan dari transparansi dan akuntabilitas yang merupakan pilar penting pelaksanaan *good governance* dan menjadi dasar untuk mengevaluasi kinerja RSUP Fatmawati selama satu tahun agar dapat melaksanakan kinerja secara lebih produktif, efektif dan efisien, baik dari aspek perencanaan, pengorganisasian, manajemen keuangan maupun kinerja sumber daya manusianya

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2020 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja RSUP Fatmawati. RSUP Fatmawati mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut:



1. Tugas RSUP Fatmawati :

RSUP Fatmawati Jakarta mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

2. Fungsi RSUP Fatmawati yaitu menyelenggarakan :

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

D. PERAN STRATEGI RSUP FATMAWATI

1. Visi dan Misi

Visi RSUP Fatmawati:

"Menjadi Rumah Sakit dengan Pelayanan Multidisiplin yang Handal bagi Masyarakat"

Misi RSUP Fatmawati:

- 1) Memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian yang berfokus pada pasien, berkualitas dan berintegritas.



- 2) Meningkatkan Inovasi dan produktivitas kinerja berbasis kendali mutu kendali biaya.
- 3) Menyelenggarakan tata kelola klinis dan manajemen yang baik.
- 4) Mengembangkan sarana prasarana sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan terkini.

Nilai–Nilai Organisasi RSUP Fatmawati : "PROAKTIF"

- 1) **Peduli** : Selalu tanggap terhadap kebutuhan pelanggan
- 2) **PROfesional** : Melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi (pengetahuan, keterampilan, sikap dan peka budaya).
- 3) **IntegritAs** : Selalu bertindak konsisten sesuai dengan kebijakan dan kode etik
- 4) **Komitmen** : Dalam bekerja pikiran fokus diarahkan pada tugas dan usahanya dengan selalu berupaya untuk memperoleh hasil yang maksimal.
- 5) **Teamwork** : Dalam melakukan pekerjaan selalu saling mengerti dan mendukung satu sama lain
- 6) **InovatiF** : Dalam melakukan kegiatan selalu berupaya untuk menciptakan hal yang baru.

2. Tantangan Strategis.

Tantangan strategis yang akan dihadapi oleh RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2020 – 2024 sebagai berikut :

1. Tuntutan terhadap inovasi dan infrastruktur rumah sakit yang sesuai dengan perkembangan industri teknologi 4.0 sehingga dapat mendukung proses kerja dalam rumah sakit menjadi lebih efektif dan efisien.
2. Belum optimalnya upaya untuk melakukan integrasi berbagai aplikasi sistem informasi baik yang dimiliki oleh rumah sakit maupun yang dikembangkan oleh berbagai stakeholder terkait.
3. Keterlambatan pembayaran oleh BPJS Kesehatan yang berpotensi mempengaruhi kinerja keuangan rumah sakit.
4. Belum optimalnya kinerja rumah sakit pendidikan untuk melakukan inovasi agar mutu pelayanan semakin baik.

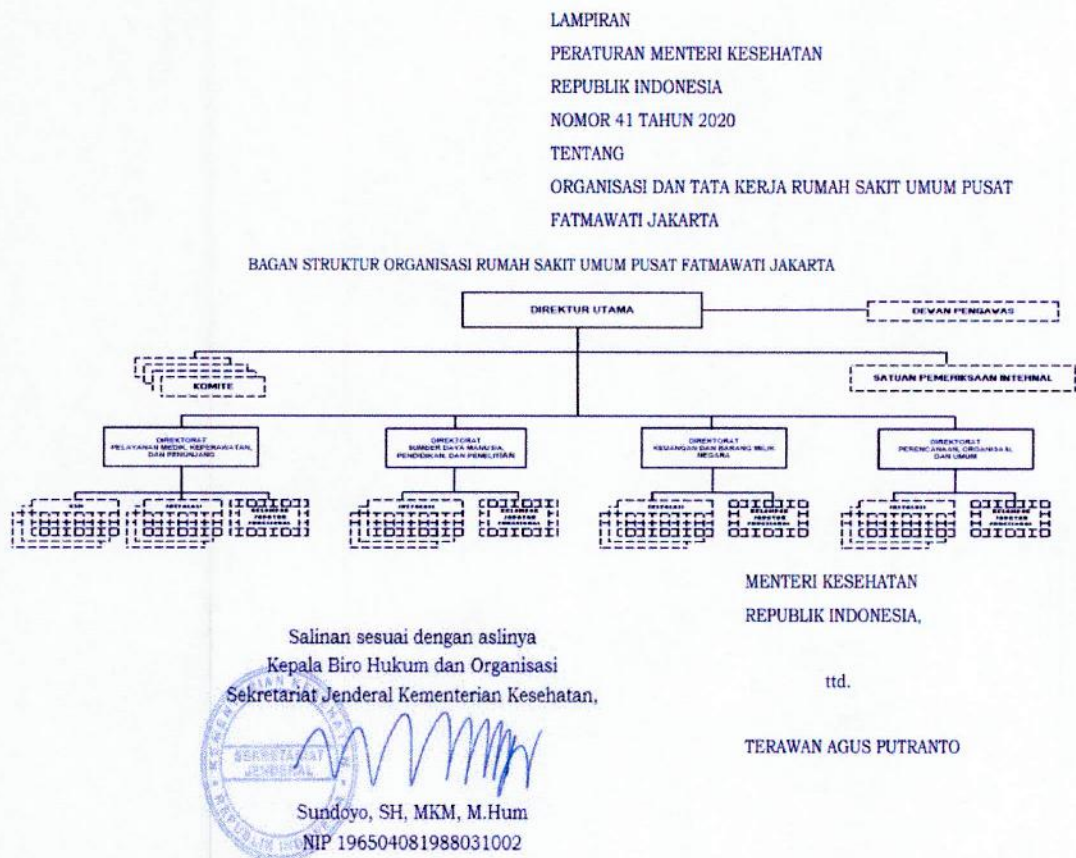


3. Struktur Organisasi RSUP Fatmawati

Struktur Organisasi RSUP Fatmawati Jakarta terdiri dari :

- a. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang;
- b. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian;
- c. Direktorat Keuangan dan Barang Milik Negara; dan
- d. Direktorat Perencanaan, Organisasi, dan Umum.

Bagan Struktur Organisasi RSUP Fatmawati berdasarkan Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 41 Tahun 2020 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja RSUP Fatmawati.



Gambar 1 Struktur Organisasi Tata Kelola RSUP Fatmawati



Sebagaimana tersaji dalam diagram di atas, struktur organisasi RSUP Fatmawati terdiri atas 4 (empat) 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 2021 sebanyak 2.268 pegawai yang terdiri dari 1.528 orang PNS, pegawai BLU 478 orang dan Pegawai Kontrak 262 orang.

E. SISTEMATIKA PENULISAN

Laporan kinerja (Lkj) RSUP Fatmawati tahun 2021 ini menjelaskan pencapaian kinerja RSUP Fatmawati selama tahun 2021. Capaian kinerja tersebut dibandingkan dengan rencana kerja dan target yang ditetapkan tiap-tiap indikator di dalam Rencana Strategis RSUP Fatmawati tahun 2020-2024 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 2021 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 2021.
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 2021 dan langkah selanjutnya untuk meningkatkan kinerja organisasi.
5. **Lampiran – 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 2020-2024*, 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. Dalam Rencana Strategi RSUP Fatmawati ditetapkan Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama (KPI) dari beberapa perspektif:

PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGI	KPI	
Perspektif Keuangan	1. Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri	1.	Cash ratio
		2.	Current ratio
Perspektif Pelanggan	2. Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	3.	Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat
		4.	Angka kepuasan pelanggan internal meningkat
	3. Terwujudnya digital marketing	5.	Online channel yang terbentuk dalam marketing RS



Perspektif Proses Bisnis	4.	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	6.	Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu	
			7.	Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi	
			8.	Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	
	5.	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	9.	Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran	
			10.	Persentase indeks persepsi good corporate governance (GCG)	
	6.	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	11.	Persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan non – BPJS	
			12.	Jumlah penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati.	
			13.	Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan	
	Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran	7.	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	14.	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya
				15.	Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan
8.		Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	16.	Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	
9.		Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	17.	Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar.	
	10.	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	18.	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	



Rencana Strategis RSUP Fatmawati menuangkan KPI dalam bentuk matriks yang memuat target per tahun selama periode tahun 2020-2024.

KPI		2020	2021	2022	2023	2024
1.	Cash ratio	65%	75,85%	91,65%	121,80%	145,40%
2.	Current ratio	200%	212,10%	219,21%	227,15%	234,61%
3.	Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat	80%	81%	82%	83%	85%
4.	Angka kepuasan pelanggan internal meningkat	78%	80%	82%	84%	85%
5.	Online channel yang terbentuk dalam marketing RS	70%	75%	80%	85%	90%
6.	Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu	80%	83%	85%	90%	95%
7.	Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi	30%	35%	40%	45%	50%
8.	Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	80%	65%	70%	75%	80%
9.	Kesesuaian terhadap evaluasi 5(lima) standar pelayanan kedokteran	100%	100%	100%	100%	100%
10.	Persentase Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)	75%	80%	85%	90%	95%
11.	Persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan non – BPJS	10%	10%	10%	11%	12%
12.	Jumlah penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati.	30	31	33	35	37
13.	Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan	60%	56%	57%	59%	60%
14.	Persentase SDM yang ditingkatkan	92%	94%	96%	98%	100%



	kompetensinya					
15.	Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	88%	90%	92%	93%	95%
16.	Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	100%	83%	86%	89%	92%
17.	Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar.	85%	90%	92,5%	95%	100%
18.	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	-	60%	70%	85%	100%



B. Perjanjian Kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2021

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021

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

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL (K), MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 12 Maret 2021

✓ Pihak Kedua, 


Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-
KL(K), MARS
NIP 196205231989031001



dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	1. Cash Ratio	75,85%
		2. Current Ratio	212,10%
2	Terwujudnya peningkatan kepuasan <i>stakeholder</i>	3. Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat	81%
		4. Angka kepuasan pelanggan internal meningkat	80%
3	Terwujudnya digital <i>marketing</i>	5. <i>Online channel</i> yang terbentuk dalam <i>marketing</i> RS	75%
4	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	6. Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu	83%
		7. Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi	35%
		8. Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	65%
5	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	9. Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran	100%
		10. Persentase Indeks Persepsi <i>Good Corporate Governance</i> (GCG)	80%
6	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	11. Persentase kunjungan pasien jaminan non-BPJS	10%
		12. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati	31
		13. Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan	56%
7	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	14. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	94%
		15. Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	90%



8	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	16. Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	83%
9	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	17. Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar	90%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	18. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp 550.000.000.000
2. Program Dukungan Manajemen	Rp 142.605.179.000
Total	Rp 692.605.179.000

Jakarta, 12 Maret 2021

Pihak Kedua,

Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D.,
Sp.THT-KL(K), MARS
NIP 196205231989031001



Dr. Azhar Azha, SKM, MARS
NIP 197106262000031002



BAB III

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

A .CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pengukuran dan analisis capaian kinerja bertujuan untuk mengetahui capaian kinerja RSUP Fatmawati, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja dilaksanakan untuk mengukur realisasi dan capaian indikator kinerja yang diimplementasikan di RSUP Fatmawati sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis.

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

Selain untuk memperoleh informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui capaian kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2021 dibandingkan dengan target yang sudah ditetapkan di awal tahun, serta untuk memberikan gambaran kepada pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan RSUP Fatmawati yang tertuang dalam RSB Tahun 2020-2024.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Fatmawati tahun 2021 dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur, dalam kurun waktu satu tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RSUP



Fatmawati Tahun 2021 yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024. Capaian sasaran strategis RSUP Fatmawati sebagai berikut:

Capaian Sasaran Kinerja RSUP Fatmawati:

Tabel : 3.1 Capaian IKU Tahun 2021

SASARAN STRATEGI		INDIKATOR		TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1.	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri	1.	Cash ratio	75,85%	5060,29%	6.671,44%
		2.	Current ratio	212,10%	6857,34%	3.233,07%
2.	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	3.	Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat	81%	81,4%	100,43%
		4.	Angka kepuasan pelanggan internal meningkat	80%	70,8%	88,50%
3.	Terwujudnya digital marketing	5.	Online channel yang terbentuk dalam marketing RS	75%	108,38%	144,50%
4.	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	6.	Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu	83%	91,13%	109,80%
		7.	Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi	35%	42,61%	121,76%
		8.	Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	65%	83,41%	128,32%
5.	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	9.	Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) Standar pelayanan kedokteran prioritas.	100%	99,31%	99,31%
		10.	Persentase Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)	80%	64,70%	80,88%
6.	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	11.	Persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan non-BPJS	10%	22,10%	221%
		12.	Jumlah Penelitian RS yang Dilakukan di RSUP Fatmawati	31	53	170,97%
		13.	Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tetap oleh institusi pendidikan	56%	95,31%	170,20%
7.	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	14.	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	94%	79,79%	84,89%



		15.	Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	90%	85,19%	94,66%
8.	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	16.	Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	83%	70,20%	84,58%
9.	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	17.	Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar	90%	68,56%	76,18%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	18.	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%	72,23%	120,39%
Rata-Rata Pencapaian						655,60%

Sumber Data : Data Aplikasi E-Lakip

Berdasarkan tabel diatas dapat Indikator Kinerja Utama yang digunakan untuk mencapai Sasaran Strategis di RSUP Fatmawati dalam kurun waktu satu tahun sebagai berikut :

1. Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU Yang Sehat dan Mandiri

Indikator Kinerja :

1) Cash Ratio

Definisi operasional Cash Ratio (Rasio Kas) adalah rasio yang menunjukkan kemampuan perusahaan dalam membayarkan kewajiban jangka pendek dengan kas yang tersedia dan yang disimpan di bank.

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel. 3.2. Capaian Cash Ratio

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Cash Ratio	65%	4.781,31%	7.355,86%	75,85%	5060,29%	6.671,44%

Sumber Data: Bagian Akuntansi dan BMN



Berdasarkan data diatas, perhitungan bersifat akumulasi dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember, sehingga yang dijadikan penilaian akhir adalah posisi bulan Desember yakni realisasi cash ratio sebesar 5.060,29% yang berarti bahwa kemampuan Rumah Sakit untuk membayar setiap Rp 1,- kewajiban jangka pendek dengan kas/ bank yang tersedia adalah Rp 5.060,-. Capaian Rasio Kas melebihi dari target yang ditetapkan dikarenakan adanya efisiensi yang dilakukan dengan mengutamakan belanja yang menjadi prioritas utama, lancarnya pembayaran tagihan piutang pasien BPJS dan adanya pembayaran piutang pasien covid 19 Tahun 2020 sehingga menyebabkan kenaikan jumlah kas dan setara kas.

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :

Pencapaian keberhasilan capaian rasio kas sebesar 6.671,45% dari target disebabkan karena lancarnya pembayaran tagihan piutang pasien BPJS dan adanya pembayaran piutang pasien covid 19 tahun 2020.

c. Upaya untuk mempertahankan capaian indikator:

Upaya yang dilakukan untuk mempertahankan/ meningkatkan capaian indikator adalah sebagai berikut:

1. Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya diseluruh sektor, terutama efisiensi farmasi
2. Optimalisasi proses klaim dan percepatan penagihanya.
3. Perencanaan anggaran yang memprioritaskan pada pelayanan

d. Rekomendasi

Untuk dapat mempertahankan dan bahkan meningkatkan hasil capaian adalah dengan mengoptimalkan pelayanan dan pemanfaatan aset yang dapat menghasilkan pendapatan.



Indikator Kinerja :

2) Current Ratio

Definisi operasional current Ratio adalah rasio yang menunjukkan kemampuan perusahaan dalam membayarkan kewajiban jangka pendek dengan aset yang tersedia.

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel. 3.3. Capaian Current Ratio

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Current Ratio	200%	6.089,52%	3.044,76%	212,10%	6.857,34%	3.233,07%

Sumber Data: Bagian Akuntansi dan BMN

Berdasarkan data diatas, perhitungan bersifat akumulasi dari bulan Januari sampai dengan bulan Desember, sehingga yang dijadikan penilaian akhir adalah posisi bulan Desember yakni realisasi current ratio sebesar 6.857,34% yang berarti bahwa kemampuan Rumah Sakit untuk membayar setiap Rp 1,- kewajiban jangka pendek dengan aset lancar yang tersedia adalah Rp 6.857,-. Capaian Rasio lancar melebihi dari target yang ditetapkan dikarenakan adanya efisiensi yang dilakukan dengan mengutamakan belanja yang menjadi prioritas utama, lancarnya pembayaran tagihan piutang pasien BPJS dan adanya pembayaran piutang pasien covid 19 tahun 2020 serta jumlah persediaan yang mencukupi sehingga menyebabkan kenaikan aktiva lancar.

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :

Pencapaian keberhasilan capaian rasio lancar sebesar 3.233,07% dari target disebabkan lancarnya pembayaran tagihan piutang pasien BPJS dan adanya pembayaran piutang pasien covid 19 tahun 2020 serta jumlah persediaan yang mencukupi, disertai adanya efisiensi yang dilakukan dengan mengutamakan belanja yang menjadi prioritas utama.



c. Upaya untuk mempertahankan capaian indikator:

1. Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya diseluruh sektor, terutama efesiensi farmasi
2. Optimalisasi proses klaim dan percepatan penagihannya.
3. Perencanaan anggaran yang memprioritaskan pada pelayanan
4. Pengelolaan persediaan yang lebih baik dengan membeli yang memiliki perputaran yang cepat (*fast moving*) serta waktu kadaluarsa yang panjang.

d. Rekomendasi

Untuk dapat mempertahankan dan bahkan meningkatkan hasil capaian adalah dengan mengoptimalkan pelayanan dan pemanfaatan aset yang dapat menghasilkan pendapatan.

2. Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Stakeholder

Indikator Kinerja :

3) Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat

Definisi operasional angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat adalah total nilai kepuasan dibagi dengan total maksimum kepuasan dikali 100%.

$$\frac{\text{Total nilai kepuasan}}{\text{Total maksimum kepuasan}} \times 100\%$$

Formula penilaian indikator

- a. Kepuasan adalah nilai hasil kuisisioner terhadap pelanggan dengan jawaban nilai yang dipilih.
- b. Pelanggan adalah pengguna jasa pelayanan yang datang ke RSUP Fatmawati di semua jenis pelayanan yang ada
- c. Total nilai kepuasan dibagi total maksimum kepuasan di kali 100%.



a. Kondisi yang dicapai :

Tabel. 3.3. Capaian Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	80%	79,45%	99,31%	81%	81,4%	100,43%	82%

Sumber Data : Hukormas

Berdasarkan tabel di atas Realisasi Tahun 2021 sebesar 81,4% dengan capaian sebesar 100,43% dari target yang ditetapkan sebesar 81% di tahun 2021, capaian tahun 2021 mengalami kenaikan sebesar 1,12% dari capaian tahun 2020.

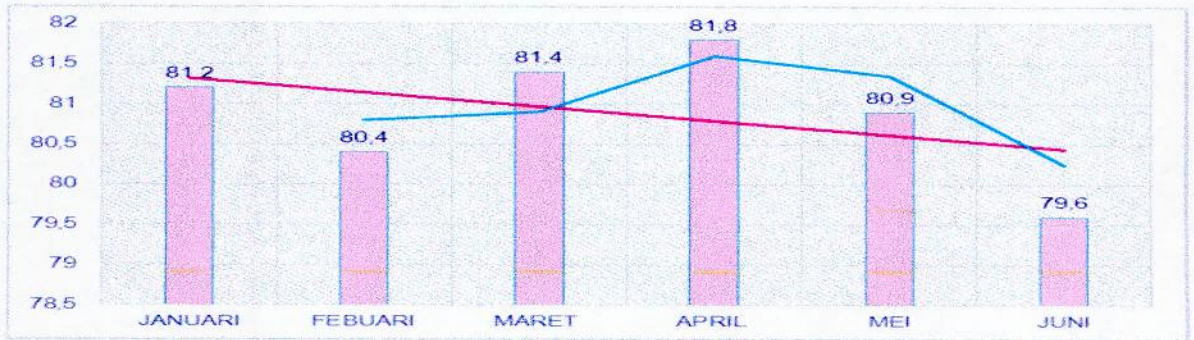
Rincian realisasi pada tahun 2021 dapat dilihat pada tabel, dan grafik dibawah ini:

Tabel 3.4 : Realisasi angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat Semester I

NO	BULAN	Persyaratan	Prosedur	Waktu Pelayanan	Biaya / Tarif	Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	Kemahiran Petugas Pelaksana Pelayanan	Perilaku Pelaksana	Maklumat (Janji) Pelayanan	Penanganan pengaduan, Saran dan Masukan	RERATA
1	JANUARI	80,6	81,7	81,4	81,6	82,0	82,6	81,2	80,8	79,9	81,2
2	FEBUARI	79,1	80,9	81,2	79,9	79,2	81,4	81,3	79,3	80,2	80,4
3	MARET	81,8	80,0	80,4	82,0	81,6	82,8	81,6	81,3	81,5	81,4
4	APRIL	81,6	81,8	81,7	81,8	81,1	82,8	82,8	81,0	81,3	81,8
5	MEI	80,9	81,2	81,5	80,4	79,8	82,6	81,2	80,4	80,4	80,9
6	JUNI	80,0	80,3	80,0	79,0	79,0	79,9	79,3	78,9	79,6	79,6
REALISASI		80,7	81,0	81,0	80,8	80,5	82,0	81,2	80,3	80,5	80,9
CAPAIAN		99,6	100,0	100,0	99,7	99,3	101,3	100,3	99,1	99,4	99,9
TARGET		81	81	81	81	81	81	81	81	81	81

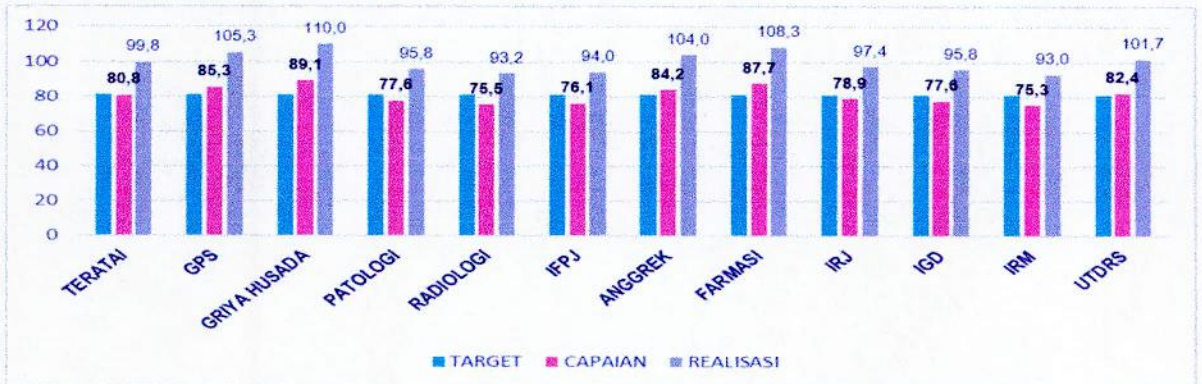
Sumber Data : Bagian Hukormas

Berdasarkan tabel diatas Rata-rata realisasi indikator ini pada Semester I Tahun 2021 sebesar 80,9% sehingga capaian sebesar 99,9% dari target 81% yang ditetapkan Tahun 2021.



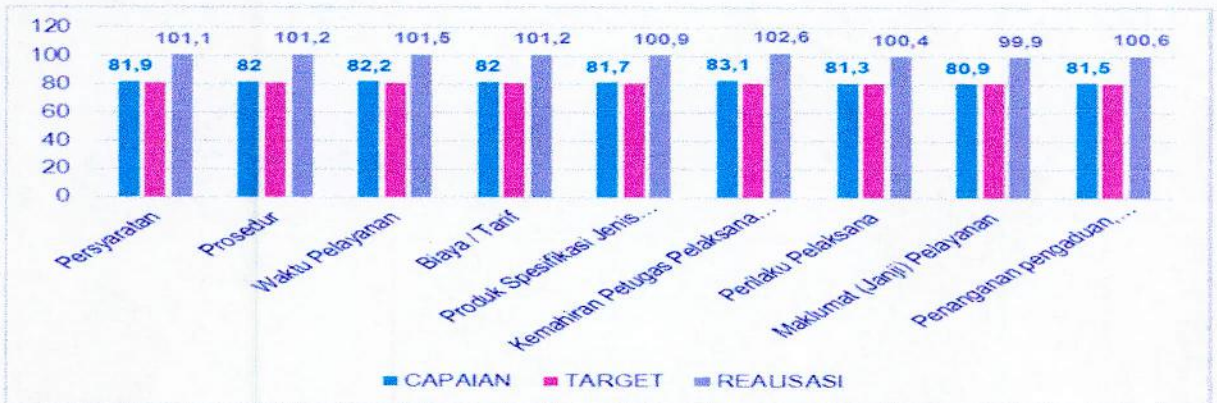
Gambar 3.1 : Grafik Realisasi Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkatkan Semester I

Sumber Data: Bagian Hukormas



Gambar 3.2.: Grafik Realisasi Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkatkan Semester I per unit pelayanan

Sumber Data: Hukormas



Gambar 3.3: Grafik Realisasi Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkatkan Semester I berdasarkan unsur penilaian

Sumber Data: Bagian Hukormas

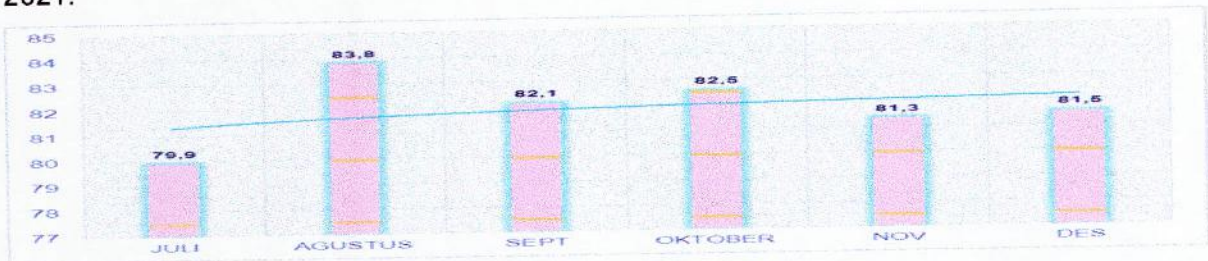


Tabel 3.5 : Realisasi indikator angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat Semester 2

NO	BULAN	Persyaratan	Prosedur	Waktu Pelayanan	Biaya / Tarif	Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	Kemahiran Petugas Pelaksana Pelayanan	Perilaku Pelaksana	Maklumat (Janji) Pelayanan	Penanganan pengaduan, Saran dan Masukan	RERATA
1	JULI	79,4	78,6	78,7	79,2	79,6	81,6	81,7	79,9	80,4	79,9
2	AGUSTUS	84,2	82,9	84,6	83,1	84,2	85,4	83,1	83,1	83,4	83,8
3	SEPT	81,6	82,9	84,0	83,7	82,2	82,3	80,6	80,2	81,0	82,1
4	OKTOBER	84,0	83,2	82,9	83,8	81,8	83,3	80,9	81,4	81,6	82,5
5	NOV	81,5	82,3	81,6	80,7	80,8	82,1	81,2	80,4	81,4	81,3
6	DES	80,6	81,9	81,3	81,5	81,4	84,1	80,6	80,5	81,6	81,5
	REALISASI	81,9	82,0	82,2	82,0	81,7	83,1	81,4	80,9	81,6	81,9
	CAPAIAN	101,1	101,2	101,5	101,2	100,8	102,6	100,4	99,9	100,7	101,1
	TARGET	81,0	81,0	81,0	81,0	81,0	81,0	81,0	81,0	81,0	81,0

Sumber Data: Bagian Hukormas

Berdasarkan tabel diatas Rata-rata realisasi indikator ini pada Semester 2 Tahun 2021 sebesar 81.9% sehingga capaian sebesar 101,1% dari target 81% yang ditetapkan Tahun 2021.



Gambar 3.4: Grafik Realisasi Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat Jan-Jun 2021

Sumber Data: Hukormas



Gambar 3.5: Grafik Realisasi Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat Jan-Jun 2021 per unit pelayanan

Sumber Data: Bagian Hukormas



Gambar 3.6: Grafik Realisasi Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkatkan Semester 2 berdasarkan unsur penilaian

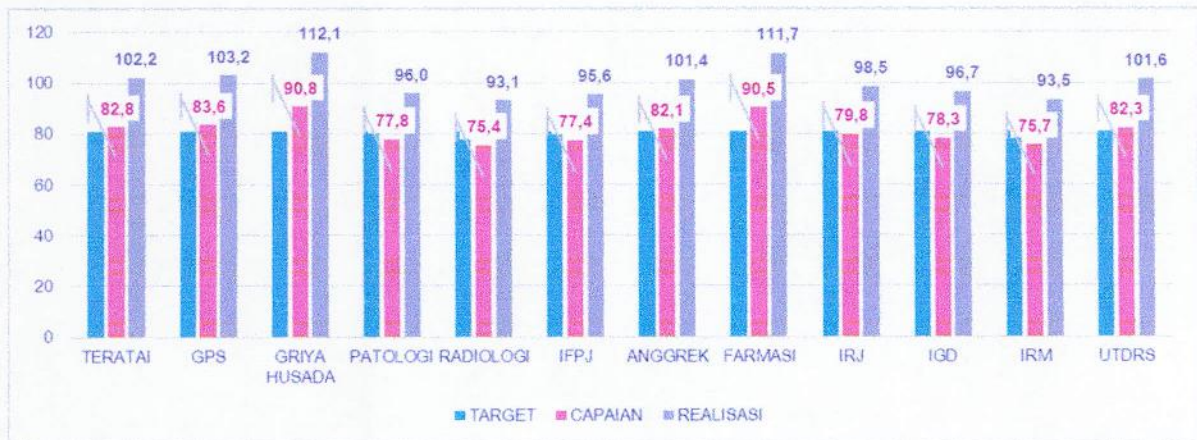
Sumber Data: Bagian Hukormas

Tabel 3.6. Hasil Kepuasan Pelanggan Per Satuan Kerja Tahun 2021

NO	SATKER	NILAI UNSUR PELAYANAN									RERATA
		Persyaratan	Prosedur	Waktu Pelayanan	Biaya / Tarif	Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan	Kemahiran Petugas Pelaksana Pelayanan	Perilaku Pelaksana	Maklumat (Janji) Pelayanan	Penanganan pengaduan, Saran dan Masukan	
1	TERATAI	82,4	83,2	84,1	82,6	81,5	84,5	82,8	81,4	83,3	82,8
2	GPS	84,4	82,9	84,0	83,2	83,7	84,7	84,3	82,9	82,6	83,6
3	GRIYA HUSADA	91,1	91,2	91,0	91,0	91,1	91,1	90,7	90,7	89,6	90,8
4	PATOLOGI	75,6	77,2	77,9	78,8	77,2	78,4	78,8	78,6	77,6	77,8
5	RADIOLOGI	75,6	75,6	75,0	75,1	75,7	75,6	75,7	75,3	74,9	75,4
6	IFPJ	77,3	76,7	77,7	77,1	77,0	79,6	77,2	76,9	77,4	77,4
7	ANGGREK	81,3	82,2	82,7	81,5	81,1	84,4	82,2	81,0	82,2	82,1
8	FARMASI	87,5	89,7	89,6	92,0	91,9	91,6	90,2	90,5	91,2	90,5
9	IRJ	78,1	78,9	79,1	79,5	79,2	83,8	79,2	78,9	81,8	79,8
10	IGD	78,2	78,1	77,1	79,1	78,0	80,6	78,8	77,0	77,8	78,3
11	IRM	75,2	75,7	76,7	76,3	76,3	75,2	75,9	75,6	75,0	75,7
12	UTDRS	88,7	86,7	84,6	81,1	80,6	81,6	80,1	78,7	79,0	82,3
	RERATA	81,3	81,5	81,6	81,4	81,1	82,6	81,3	80,6	81,0	81,4

Sumber Data: Bagian Hukormas

Berdasarkan tabel diatas rata-rata hasil kepuasan pelanggan per satuan kerja pada tahun 2021 sebesar 81.4%. Hasil kepuasan pelanggan di Griya Husada merupakan yang tertinggi dibandingkan satuan kerja lainnya yaitu sebesar 90.8% dan hasil kinerja terendah adalah Radiologi sebesar 75,4%.



Gambar 3.7. Hasil Kepuasan Pelanggan Per Satuan Kerja Tahun 2021

b. Analisa Pencapaian Target:

Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa hasil kepuasan pelanggan yang dicapai pada semester 1 dan semester 2 tahun 2021 yang dilakukan pada satuan kerja pelayanan sebanyak 12 satuan kerja, hasil tersebut dapat diuraikan dengan pengelompokan dan unsur penilaian.

1. Nilai kinerja unit pelayanan pada semester 1 dan semester 2 tahun 2021 mendapat nilai dengan kategori BAIK dengan realisasi 81,3 dan capaian 100,4%
2. Jumlah responden semester 1 (satu) dan semester 2 (dua) sebanyak 3.226.
3. Nilai interval konversi yang dicapai oleh satuan kerja yang berada antara nilai 61,51 s/d 81,25 sebanyak 6 satuan kerja dan dengan kategori nilai kinerja unit pelayanan BAIK dan nilai antara 81,26 s/d 100 sebanyak 6 satuan kerja dengan kategori nilai kinerja unit pelayanan SANGAT BAIK.
4. Target nilai survey kepuasan pelanggan pada tahun 2021 adalah 81 dan satuan kerja yang mencapai nilai tertinggi di semester 1 yaitu Unit Pelayanan Eksekutif Griya Husada dengan realisasi nilai 89,1 (capaian 110%) dan di semester 2 yaitu Instalasi Farmasi dengan realisasi nilai 93,2 (capaian 115,1%).



5. Sedangkan nilai terendah pada semester 1 yaitu Instalasi Rehabilitasi Medik dengan capaian nilai 75,3 dan Instalasi Radiologi dengan capaian 75,5 dan di semester 2 yaitu Instalasi Radiologi dengan capaian nilai 75,1
6. Dari hasil semester 1 penilaian per unsur pelayanan didapat bahwa unsur kemahiran petugas mendapatkan nilai tertinggi dengan hasil 79,5 sedangkan unsur penilaian terhadap produk spesifikasi jenis pelayanan mendapat nilai terendah dengan hasil 77,9 dan hasil semester 2 penilaian per unsur pelayanan didapat bahwa unsur yaitu kemahiran petugas dengan nilai 83,1 dan unsur penilaian dengan capaian nilai terendah adalah maklumat (janji) pelayanan dengan capaian nilai 80,9

Hasil yang didapat dari nilai kepuasan pelanggan pada semester 1 tahun 2021 masih dibawah target rumah sakit, yaitu 80,9 dan nilai pada semester 2 telah mengalami peningkatan yaitu 81,9 nilai tersebut mencerminkan kinerja pelayanan yang diberikan oleh RSUP Fatmawati yang telah dirasakan oleh masyarakat meningkat dari sebelumnya dan penilaian ini merupakan hasil kinerja pelayanan rumah sakit secara keseluruhan pelayanan.

Pelanggan merupakan aset utama dan terpenting untuk RSUP Fatmawati, pada semester 2 telah terjadi peningkatan nilai hasil kepuasan pelanggan upaya untuk mencapai nilai survey sesuai dengan target yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan cara melakukan perbaikan secara terus menerus dan peningkatan pelayanan serta pemenuhan sarana dan prasarana rumah sakit juga mengasah sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan melakukan komunikasi yang baik dan seefektif mungkin sehingga pelanggan puas dengan pelayanan yang didapat, yang harus diperhatikan pada nilai-nilai kepuasan pelanggan dengan capaian setiap satuan kerja dengan hasil dibawah target tentunya harus mendapatkan perhatian, dukungan serta monitoring rutin dari manajemen, sehingga satuan kerja pelayanan lebih fokus meningkatkan nilai yang rendah dan dapat meningkatkan nilai kepuasan pada periode berikutnya.



c. Tindak Lanjut:

Untuk meningkatkan nilai survey kepuasan pelanggan setiap bulan, RSUP Fatmawati melakukan upaya-upaya perbaikan pelayanan, peningkatan fasilitas layanan, peningkatan kemampuan petugas kesehatan, peningkatan komunikasi efektif dan perbaikan serta penambahan sarana dan prasarana rumah sakit yang dianggap kurang oleh masyarakat sebagai pengguna layanan, selain itu untuk menggali kembali nilai survey yang lebih spesifik terhadap layanan petugas dilakukan kembali survei kepuasan melalui kuisioner penilaian interaksi layanan publik yang diatur dalam peraturan Menteri Kesehatan nomor 33 tahun 2019 tentang panduan perilaku interaksi pelayanan publik di lingkungan kementerian kesehatan.

Upaya pemberian informasi secara terus menerus terhadap pelanggan secara langsung (face to face) melalui kegiatan sapa pelanggan yang melibatkan manajemen RS, *roundtable discussion* di setiap pelayanan yang dilakukan secara rutin serta pemberian edukasi tentang RSUP Fatmawati dan layanan yang tersedia serta prosedur yang berlaku selama mendapatkan pelayanan.

Indikator Kinerja :

4) Angka Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat

Definisi operasional angka kepuasan pelanggan internal meningkat adalah jumlah pegawai yang puas dan sangat puas sesuai kuesioner

$$\frac{\text{Jumlah pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah total maksimum kepuasan kuesioner}} \times 100\%$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.7. Capaian Angka Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Angka Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	78%	71,78%	92,02%	80%	70,8%	88,5%	78%

Sumber Data: Bagian SDM



Berdasarkan tabel di atas Realisasi Tahun 2021 sebesar 70,80% dengan capaian sebesar 88,50% dari target yang ditetapkan sebesar 80% di tahun 2021, capaian tahun 2021 mengalami penurunan sebesar 3,52% dari capaian tahun 2020.

b. Analisa pencapaian target :

Ketidakberhasilan mencapai target dapat disebabkan beberapa hal yaitu:

1. Dari hasil evaluasi instrumen survey hal-hal seperti terlalu banyaknya pertanyaan, adanya variabel yang kurang tepat dimasukkan dalam survey karena variabel tersebut sudah diakomodir dalam instrumen survey Good Corporate Governance (GCG) dan beberapa pertanyaan kurang jelas definisi operasionalnya sehingga dirasakan membingungkan ketika pegawai mengisi survey tersebut.
2. Secara umum ada 4 faktor yang membuat pegawai merasa tidak puas yaitu remunerasi (58%), penghargaan (43%), transparansi manajemen (54%) dan ketersediaan fasilitas kerja (41%).

c. Tindak Lanjut:

1. Melakukan perbaikan dan penyederhanaan instrumen survey agar lebih mudah dipahami dan diisi oleh pegawai.
2. Melakukan perbaikan sistem remunerasi dengan memperhatikan hasil evaluasi dari pokja atau tim terkait serta SOTK RSUP Fatmawati yang baru.
3. Melakukan perbaikan sistem penghargaan dengan meriview regulasi yang ada serta perbaikan indikator kinerja individu yang merupakan proses cascading dari satuan kerja/atasannya.

e. Rekomendasi :

1. Merevisi instrumen survey dan mengimplementasikan instrumen survey yang baru tahun 2022.

Melakukan koordinasi dengan satuan kerja atau tim terkait pembenahan faktor-faktor yang masih menyebabkan ketidakpuasan pegawai yaitu remunerasi, penghargaan dan fasilitas kerja.



3. Terwujudnya Digital Marketing

Indikator Kinerja :

5) Online Channel Yang Terbentuk Dalam Marketing RS

Definisi operasional online channel yang terbentuk dalam marketing RS adalah *update* konten pada berbagai bentuk *online channel* yang dikembangkan dalam mendukung pemasaran pelayanan RS dan membangun *brand image* RS.

Formula:

Jumlah materi (informasi pelayanan, pemasangan produk, edukasi yang diupdate di medsos RSUP Fatmawati (website, instagram, youtube) dalam 1 bulan x 100%
Jumlah materi yang harus diupdate pada bulan yang sama (4 materi)

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.8. Capaian Online Channel yang terbentuk dalam marketing RS

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Online channel yang terbentuk dalam marketing RS	70%	258,35%	369,07%	75%	108,38%	144,50%

Sumber Data : Hukormas

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 108,38% dan capaian sebesar 144,50% dari target 75% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian Tahun 2021 mengalami penurunan dari tahun 2020 sebesar 224,57%.

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target:

Keberhasilan capaian indikator dapat dikarenakan hal-hal sebagai berikut :

1. Penentuan target capaian di tahun 2021 sesuai RSB adalah 75% dengan jumlah target pembuatan materi yang harus diupload adalah 4 materi tentang pelayanan, capaian setiap bulan telah mencapai target bahkan melebihi yang



telah ditetapkan. Penentuan 4 materi tersebut berdasarkan merupakan instruksi dari manajemen.

2. Pada tahun 2021 adalah tahun pandemi dan RS terus melakukan upaya dalam memberikan informasi-informasi berupa pengetahuan yang bermanfaat untuk mematuhi segala yang menjadi program kementerian kesehatan.
3. Materi edukasi dan informasi pelayanan yang diberikan kepada masyarakat adalah materi yang terkini yang harus diketahui dan dirasakan oleh masyarakat terhadap jenis layanan yang tersedia di RSUP Fatmawati.
4. Capaian di tahun 2021 adalah 144,50% ini menunjukkan bahwa upaya marketing online RSUP Fatmawati telah berhasil disampaikan kepada masyarakat.

c. Tindak Lanjut:

Tindak lanjut analisa keberhasilan indikator sebagai berikut :

1. Melakukan seleksi terhadap penentuan jenis materi yang harus dihitung dan dibuat untuk diunggah ke media sosial sebagai capaian indikator.
2. Melakukan upaya peningkatan kemampuan dan keterampilan untuk lebih bervariasi bentuk penyampaian materi sehingga dipahami dengan mudah oleh masyarakat.
3. Menggali layanan-layanan yang belum tersampaikan kepada masyarakat agar masyarakat menggunakan layanan yang tersedia di RSUP Fatmawati.

4. Terwujudnya Optimalisasi Pelayanan Terpadu

Indikator Kinerja :

6) Persentase Pasien Mendapatkan Pelayanan Kanker Terpadu



Definisi operasional persentase pasien yang mendapatkan pelayanan kanker terpadu adalah pelayanan pasien kanker secara komprehensif tanpa dirujuk keluar RSUP Fatmawati

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah pasien kanker yang dilayani tanpa dirujuk keluar RS}}{\text{Jumlah seluruh pasien kanker}} \times 100\%$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.9. Capaian % Pasien yang mendapatkan pelayanan kanker terpadu

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase Pasien Mendapatkan Pelayanan Kanker Terpadu	80%	90,65%	113,31%	83%	91,14%	109,80%

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 91,14% dengan capaian sebesar 109,80% dari target 80% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian Tahun 2021 mengalami peningkatan dari tahun 2020 sebesar 0,49%.

b. Analisa pencapaian target :

Data persentase rata-rata realisasi pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu pada semester I dan semester II tahun 2021 dengan nilai rata-rata realisasi 92.15% dan rata-rata pencapaian 90.12%, dari hasil rata-rata yang didapat untuk pelayanan pasien dengan kasus kanker tanpa dirujuk ke rumah sakit selain RSUP Fatmawati tahun 2021 sudah melebihi target yang ditetapkan sebesar 83%.

c. Tindak Lanjut:

Dari hasil perhitungan indikator diatas nilai sudah melebihi target pada periode tahun 2021. Namun secara program belum mencapai hasil maksimal karena beberapa kegiatan tahun 2021 belum semua terlaksana, untuk mempertahankan



target diperlukan pemenuhan SDM yang sesuai kompetensi, pemenuhan sarana prasarana dan marketing untuk promosi layanan *Cancer*. Program yang belum maksimal dilakukan adalah cancer registry dan pembahasan kasus *Cancer* sulit multidisiplin, tetapi di akhir tahun 2021 RSUP Fatmawati sudah bekerja sama dengan RS Kanker Darmas dalam program ECHO Breast Cancer Telementoring.

d. Rekomendasi :

Untuk dapat terus meningkatkan hasil capaian program maka perlu adanya pemenuhan kegiatan yang belum terlaksana seperti :

1. Pembuatan *Cancer Registry* dengan menggunakan formulir dalam aplikasi SRIKANDI (Sistem Registrasi Kanker Di Indonesia) dibawah koordinasi RS Kanker Dharmas.
2. Mengajukan usulan magang untuk Dokter Umum di RS Kanker Dharmas pelayanan one day care kemothorapi.
3. Revisi tim pelayanan kanker terpadu dengan penambahan Pokja pelayanan radioterapi yang dimulai tahun 2022 di RSUP Fatmawati.
4. Pengajuan sarana dan prasarana Poliklinik pelayanan Radioterapi dan ruang rawat post radioterapi serta ruang isolasi imunitas menurun pasien radioterapi.

7) Persentase Pasien Yang Memperoleh Pelayanan Minimal Invasif Subspesialistik Orthopedi

Definisi operasional persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspesialistik orthopedi adalah pelayanan pasien kasus bedah orthopedi yang mendapatkan pelayanan minimal invasif di RSUP Fatmawati.

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah Pasien yang dilakukan tindakan minimal invasif}}{\text{Jumlah seluruh pasien yang rawat inap kasus bedah othopedi yang dilakukan operasi}} \times 100\%$$



a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.10. Capaian % Pasien yang mendapatkan pelayanan kanker terpadu

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi	30%	16,29%	54,28%	35%	42,61%	121,76%

Sumber Data : Bidang Pelayanan Medik

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 42,61% dengan capaian sebesar 121,76% dari target 35% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian Tahun 2021 mengalami peningkatan dari tahun 2020 sebesar 67,48%.

b. Analisa pencapaian target :

Data persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi didapat nilai rata-rata realisasi 42,61% dan rata-rata pencapaian 121,76% dari target yang ditetapkan sebesar 35% pada tahun 2021. Rata-rata realisasi sudah sesuai target yang ditetapkan, tetapi pada semester I realisasi belum mencapai target. Hal tersebut dikarenakan peningkatan jumlah pasien Covid-19, sehingga terdapat pengurangan jumlah kamar operasi dan ruang rawat inap untuk pasien non Covid-19.

c. Tindak Lanjut :

Perlu upaya tambahan untuk meningkatkan realisasi dengan pelaksanaan kegiatan program kerja antara lain:

1. Pengembangan pelayanan orthopedi minimal invasif subspecialistik
2. Pengembangan layanan *spine center*
3. Pengembangan kerjasama dengan institusi pendidikan lain
4. Pengembangan pelatihan orthopedi minimal *invasif*
5. Pengembangan Pendidikan dokter subspecialistik



6. Penelitian dibidang orthopedi subspecialistik

d. Rekomendasi :

Untuk dapat terus meningkatkan hasil capaian program masih perlu pemenuhan sarana prasarana dan promosi tentang layanan *orthopedi minimal invasif*.

8) Persentase Pasien Pelayanan Kardiovaskuler Intervensi Terpadu yang dilayani RS

Definisi operasional persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani rumah sakit adalah pelayanan pasien dengan kasus kardiovaskular intervensi yang dilayani secara komprehensif tanpa dirujuk di RSUP Fatmawati .

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah pasien kasus kardiovaskuler intervensi yang tidak dirujuk}}{\text{Jumlah seluruh pasien kardiovaskuler intervensi}} \times 100\%$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.10. Capaian % Pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	80%	69,97%	87,46%	65%	83,41%	128,32%

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 83,41% dengan capaian sebesar 128,32% dari target 65% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian Tahun 2021 mengalami peningkatan dari tahun 2020 sebesar 40,86% karena pada Tahun 2021 target diturunkan menjadi 65% sesuai penetapan dalam RSB Tahun 2020-2024.



b. Analisa pencapaian target :

Indikator pelayanan pasien dengan kasus kardiovaskular intervensi yang dilayani secara komprehensif tanpa dirujuk di RSUP Fatmawati belum tercapai karena belum optimalnya pelayanan primary cathlab dan kateterisasi pediatric, pelayanan bedah jantung, pelayanan bedah syaraf, pelayanan jantung & bedah vaskuler, MCU kardio, serta IKS pelayanan rujukan parsial. Pada tahun 2021 target pelayanan ini tercapai.

c. Tindak Lanjut:

Perlu upaya tambahan untuk meningkatkan realisasi dengan pelaksanaan kegiatan program kerja antara lain:

1. Pengembangan pelayanan *Primary Cathlab* dan *kateterisasi pediatric*
2. Pengembangan pelayanan bedah jantung
3. Pengembangan pelayanan bedah syaraf
4. Pengembangan pelayanan jantung dan bedah vaskular
5. *Re-layout* Cathlab lama
6. Pengembangan MCU kardio
7. IKS pelayanan rujukan parsial

d. Rekomendasi :

Untuk dapat terus meningkatkan hasil capaian program perlu adanya percepatan hasil penunjang pelaksanaan tindakan kardiovaskular dan promosi tentang layanan kardiovaskular .

5. Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik

Indikator Kinerja :

9) Kesesuaian Terhadap Evaluasi 5 (Lima) Standar Pelayanan Kedokteran

Definisi operasional persentase evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran adalah kepatuhan para staf medik dalam menggunakan PPK untuk memberikan asuhan klinis secara terstandarisasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi



proses asuhan klinis, Rumah sakit menetapkan paling sedikit 5 PPK dari pelayanan prioritas dengan ketentuan *high cost/high volume/high risk*.

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang ditatalaksana sesuai dengan PPK dan / atau turunannya} \times 100\%}{\text{Jumlah kasus yang dinilai}}$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.11. Capaian Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran	100%	95,60%	95,60%	100%	99,31%	99,31%	100%

Sumber Data: Bidang Pelayanan Medik

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 99,31% dengan capaian sebesar 99,31% dari target 100% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian Tahun 2021 mengalami peningkatan dari tahun 2020 sebesar 3,71%.

b. Analisa pencapaian target :

Realisasi sudah tercapai walaupun pengambilan data di mulai dari pertengahan bulan semester 1 (satu) yaitu bulan April, karena nilai NA pada bulan tersebut tidak dapat dijadikan nilai pembagi.



c. Tindak Lanjut:

Perlu adanya kamus indikator dan pemilihan panduan praktik klinis (PPK) dengan kriteria *high volume*, *high cost* dan *high risk* dari pelayanan prioritas sehingga dapat dievaluasi kesesuaian kasus dengan panduan praktek klinis (PPK)nya.

d. Rekomendasi :

Untuk dapat mengevaluasi standar pelayanan kedokteran diperlukan jumlah kasus yang cukup dan metode penilaian yang benar agar data yang diperoleh memang menggambarkan kondisi di pelayanan.

Indikator Kinerja :

10) Persentase Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)

Definisi operasional persentase indeks persepsi Good Corporate Governance (GCG) adalah tingkat kepercayaan stakeholder terhadap tata kelola rumah sakit yang baik yang meliputi 5 faktor yaitu keadilan, keterbukaan, akuntabilitas, responsibilitas dan independen.

Formula:

$$\frac{(\text{Jumlah nilai seluruh jawaban: jumlah responden})}{(\text{Jumlah Pertanyaan x nilai maksimal})} \times 100\%$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.12. Capaian % Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Persentase indeks persepsi good corporate governance (GCG)	75%	75,10%	100,13%	80%	64,70%	80,88%	85%



Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 64,70 dengan capaian sebesar 80,88% dari target 80% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian Tahun 2021 mengalami penurunan dari tahun 2020 sebesar 19,25%.

b. Analisa pencapaian target:

Hasil survei menunjukkan bahwa tingkat kepercayaan dengan nilai 3 “Cukup Percaya”, dengannilai masing-masing yaitu (1)*Fairness* (Keadilan) adalah 62,6%, (2)*Disclosure/Transparency* (Keterbukaan/Tranparansi) adalah 65,6%, (3)*Accountability* (Akuntabilitas) adalah 64,8%,(4) *Responsibility* (Responsibilitas) adalah 68,6%, dan (5) *Independency* (Independen) adalah 62,1%. Dari 5 elemen penilaian tersebut seluruh pegawai sudah merasakan cukup percaya terhadap pengelolaantata kelola rumah sakit, dengan seringnya pimpinan melakukan pertemuan-pertemuan baik secara formalmaupun informal mempunyai dampak yang positif. Berdasarkan tabel diatas dapat dijelaskan: Nilai yang didapat semester 1 dan 2 adalah 64,75 % nilai ini masih belum mencapai target yaitu 80%. Ini dikarenakan Pegawai rumah sakit belum tersosialisasi tentang tata cara memahami dan mengisi survei tata kelola ini sehingga dapat mempengaruhi proses pengisian survei yang dilakukan melalui internet dengan penggunaan google form. Peningkatan kompetensi pegawai, kesejahteraan, reward dan fanisment yang belum sepenuhnya dirasakan oleh pegawai menjadi faktor belum meningkatnya nilai survei tata kelola ini.

c. Rekomendasi :

Rekomendasi perbaikan agar nilai kepercayaan seluruh pegawai meningkat menjadi “ Sangat Percaya “ perlu sisialisasi dan informasi yang berkenaan dengan kesejahteraan, pengembangan kompetensi, penghatgaan dan sanksi.

6. Terwujudnya Kerjasama Dengan Pihak Ketiga

Indikator Kinerja :

11) Persentase Kunjungan Pasien Jaminan Pembiayaan Non- BPJS Kesehatan



Definisi operasional persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan Non BPJS kesehatan adalah jumlah kunjungan pasien pembiayaan non BPJS kesehatan dibagi total kunjungan pasien dikali 100%.

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien non BPJS Kesehatan}}{\text{Total kunjungan pasien}} \times 100\%$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.13. Capaian % Kunjungan Pasien Jaminan Pembiayaan Non BPJS Kesehatan

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Tahun 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan non- BPJS Kesehatan	10%	21,2%	212%	10%	22,1%	221%	10%

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 22,1% dengan capaian sebesar 221% dari target 10% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian Tahun 2021 mengalami peningkatan dari tahun 2020 sebesar 0,9%.

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target:

Keberhasilan capaian indikator meliputi hal-hal sebagai berikut :

Penentuan target capaian sebesar 10% dengan jumlah pasien secara keseluruhan menjadi denominator perhitungan.

Tercapainya target persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan Non-BPJS kesehatan dapat dilihat dari beberapa aspek, diantaranya :

1. Perusahaan yang bekerjasama dengan RSUP Fatmawati jumlahnya bertambah dari tahun sebelumnya
2. Branding yang terus menerus disampaikan kepada masyarakat melalui media sosial dan website RS atau media yang ada di lingkungan RSUP Fatmawati.



3. Memberikan pelayanan prima untuk meningkatkan kepuasan pelanggan
4. Kelengkapan sarana dan prasarana yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat untuk mempermudah masyarakat menjangkau layanan RS.
5. Edukasi melalui daring tentang pelayanan yang ada serta prosedur RSUP Fatmawati.

c. Tindak Lanjut:

Tindak lanjut hasil pencapaian indikator atas :

1. Melakukan kerjasama dengan instansi lain untuk meningkatkan pendapatan pasien Non-BPJS.
2. Melakukan kegiatan marketing jenis pelayanan yang ada di RSUP Fatmawati untuk menarik pelanggan agar dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan RSUP Fatmawati
3. Memaksimalkan pengelolaan media sosial dan website untuk dapat menyampaikan informasi kepada pelanggan tentang RSUP Fatmawati serta sosialisasi kebijakan-kebijakan baru melalui medsos RSUP Fatmawati.

Indikator Kinerja :

12) Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati

Definisi operasional jumlah penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati adalah jumlah penelitian RS yang dilakukan oleh staf RSUP Fatmawati atau merupakan kolaborasi / kerjasama dengan institusi lain dimulai dari proposal sampai hasil penelitian yang bermanfaat sebagai *evidence based* PPK, upaya kendali mutu dan kendali biaya RS, dan manfaat lainnya yang hasilnya akan dipublikasikan baik secara internal / nasional / internasional.

Formula:

Jumlah penelitian yang dilaksanakan di RSUP Fatmawati baik menggunakan anggaran hibah RS /kerjasama dengan pihak lain/ sedang dalam penyelesaian tugas akhir.



a. **Kondisi yang dicapai :**

Tabel 3.13. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Jumlah penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati	30	53	176,67%	31	53	170,97%	33

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 53 penelitian dengan capaian sebesar 170,97% dari target 31 penelitian yang ditetapkan dalam RSB. Capaian tahun 2021 mengalami penurunan sebesar 5.7% dari tahun 2020, walaupun jumlah penelitiannya jumlahnya sama karena target di Tahun 2021 lebih besar dari tahun 2020 menyebabkan hasil perhitungan capaian menjadi lebih kecil.

b. **Analisa pencapaian target :**

1. Indikator jumlah penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati adalah jumlah penelitian RS yang dilakukan oleh staf RSUP Fatmawati atau merupakan kolaborasi/ kerjasama dengan institusi lain yang bermanfaat sebagai evidence based PPK, upaya kendali mutu dan kendali biaya RS, dan manfaat lainnya. RSUP Fatmawati sebagai RS kelas A, berfungsi sebagai Pusat Rujukan bagi wilayah Jakarta Selatan, juga berfungsi sebagai RS Pendidikan, SK Dirut Nomor HK.01.07/VIII.2/4882/2019 tentang perubahan SOTK, untuk kegiatan penelitian perubahan komite penelitian dan pengembangan (KOMLITBANG) menjadi Komisi Etik Penelitian. Dengan adanya perubahan SOTK pelaksanaan kegiatan penelitian mengalami hambatan diantaranya penelitian yang bersifat klinis yang membutuhkan pernyataan lolos kaji etik.
2. Penelitian untuk pegawai internal diupayakan dengan adanya dana hibah penelitian, sehingga target untuk penelitian internal cenderung berhasil dan minta untuk penelitian pegawai di RSUP Fatmawati tetap ada. untuk meningkatkan kualitas penelitian internal RSUP Fatmawati sedang



berproses melakukan kerjasama dengan Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta dan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

3. Hasil capaian indikator untuk penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati semester 2 Tahun 2021 dari target 31 penelitian. Realisasi 53 penelitian yang telah dilakukan oleh pegawai RSUP Fatmawati dalam bentuk proposal penelitian yang sedang berproses pada pelaksanaan kegiatan penelitian capaian sebesar 170,97%.
4. Terkait kondisi saat ini sangat berpengaruh terhadap kegiatan untuk melakukan penelitian karena terjadinya peningkatan wabah pandemi Covid 19 dan adanya peningkatan tenaga kesehatan/ SDM RSUP Fatmawati yang terpapar Covid-19.
5. Adanya pembatasan melakukan penelitian untuk mengurangi mata rantai penularan Covid 19 maka terjadinya penurunan minat untuk melakukan penelitian.
6. Adanya hibah penelitian memberikan motivasi pegawai RSUP Fatmawati untuk melakukan penelitian internal sehingga dapat melampaui target penelitian yang ditetapkan.

c. Tindak Lanjut:

1. Melakukan koordinasi dengan seluruh satuan kerja untuk memotivasi selanjutnya SDM rumah sakit agar ikut berperan aktif melakukan penelitian kesehatan di rumah sakit.
2. Melakukan koordinasi dengan Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta terkait perjanjian kerjasama dalam pelaksanaan penelitian kesehatan di RSUP Fatmawati.
3. Melakukan koordinasi dengan Bagian Hukum, Organisasi dan Hubungan Masyarakat terkait pembentukan Komite Penelitian rumah sakit dalam penerbitan lolos kaji etik penelitian.
4. Melakukan koordinasi dengan Badan Penelitian dan pengembangan kesehatan untuk review proposal hibah penelitian dan unit pendidikan,



pelatihan dan penelitian terkait jadwal presentasi proposal penelitian, monitoring dan evaluasi penelitian.

d. Rekomendasi :

1. Perlunya Surat Keputusan Direktur untuk memotivasi SDM rumah sakit agar berperan serta aktif melakukan penelitian di rumah sakit.
2. Perjanjian kerjasama dengan Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta untuk dapat direalisasikan.
3. Perlunya Surat Keputusan Direktur terkait pembentukan Komite Penelitain untuk peningkatan penelitian dan penerbitan lolos kaji etik penelitian.
4. Peningkatan pemantauan penelitian yang sedang berlangsung berkoordinasi dengan Unit Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian.

Indikator Kinerja :

13) Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan

Definisi operasional persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh pimpinan institusi pendidikan adalah persentase tenaga pendidik RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh pimpinan Institusi pendidikan.

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah tenaga pendidik RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan}}{\text{Jumlah tenaga pendidik RS}} \times 100\%$$



a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.14. % Tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan.	60%	95,31%	158,85%	56%	95,31%	170,2%	80%

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 95,31% dengan capaian sebesar 170,2% dari target 56% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian tahun 2021 mengalami peningkatan sebesar 11,35% dari tahun 2020 karena target indikator ini pada tahun 2021 lebih kecil dari tahun 2020 berdasarkan target yang telah ditetapkan dalam RSB Tahun 2020-2024.

b. Analisa pencapaian target :

Pada capaian indikator jumlah tenaga pendidik RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan (Fakultas kedokteran UIN Syarif) berupa Surat Keputusan Dekan Fakultas Kedokteran UIN Syarif Hidayatullah:

1. Pada semester I Surat Keputusan Dekan Fakultas Kedokteran UIN Syarif Hidayatullah tahun 2021 sebanyak 183 orang Dokter Tidak Tetap (terlampir).
2. SK Dokter Tidak Tetap akan habis pada tanggal 30 Juli 2021
3. Dokter sebagai pendidik mahasiswa Fakultas Kedokteran di RSUP Fatmawati sebanyak 192 orang pada tahun 2020 dan tahun 2021 menjadi 183 orang dikarenakan ada 9 orang yang sudah pensiun.
4. Belum dilaksanakannya monitoring dan evaluasi antara institusi dengan RSUP Fatmawati dikarenakan belum adanya sistem yang terintegrasi.



c. Tindak Lanjut:

1. Pencapaian target indikator dosen tidak sudah tercapai
2. Pembuatan surat usulan nama-nama Dosen Tidak Tetap ke Institusi pendidikan dalam hal ini FKUIN Syarif Hidayatullah sedang berproses per tanggal 21 Juli 2021 yang diusulkan 185 orang dari dokter pendidik di RSUP Fatmawati yang terbaru per Juli 2021 sebanyak 185 orang dikarenakan adanya beberapa dokter yang telah memasuki masa purnabakti dan meninggal dunia.
3. SK Dosen Tidak Tetap terbit Per Juli 2021

d. Rekomendasi :

1. Perlu dilakukan monitoring evaluasi terintegrasi dengan instansi pendidikan untuk pelaksanaan kegiatan pembelaran mahasiswa
2. Koordinasikan ke Institusi pendidikan untuk Nomor Induk Dosen Klinik (NIDK) yang telah habis masa berlakunya dosen tidak tetap ke institusi pendidikan.
3. Pengajuan kembali Dosen Tidak Tetap ke Institusi Pendidikan untuk tahun 2022.

7. Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS

Indikator Kinerja :

14) Persentase SDM yang Ditingkatkan Kompetensinya

Definisi operasional persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya adalah jumlah capaian jam pembelajaran bagi tenaga kesehatan minimal 20 jam/orang/tahun.

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah capaian jam pembelajaran bagi tenaga kesehatan dalam satu tahun}}{\text{Total Jam Pembelajaran yang Harus Dicapai oleh Seluruh tenaga kesehatan}} \times 100\%$$



a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.15. % SDM yang ditingkatkan kompetensinya

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya.	92%	82,50%	89,67%	94%	79,32%	84,89%	96%

Sumber Data: Bagian SDM

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 79,32% dengan capaian sebesar 84,89% dari target 94% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian tahun 2021 mengalami penurunan sebesar 3,18% dari tahun 2020.

b. Analisa pencapaian target :

Berdasarkan hasil perhitungan indikator diatas untuk Periode Januari sampai dengan Juni 2021 capaiannya sebesar 32.49% dan periode Juli sampai dengan Desember 2021 capaiannya sebesar 136.97 % dengan total capaian 84.38 % sehingga target tidak tercapai dari target yang ditetapkan dalam Rencana Strategi Bisnis Tahun 2020-2024 sebesar 94%.

Ketidakberhasilan pencapaian target disebabkan beberapa hal yaitu:

1. Jumlah kasus Covid 19 yang makin meningkat terutama di triwulan II-III tahun 2021, sehingga banyak tenaga kesehatan tidak dapat mengikuti pelatihan karena dikerahkan untuk pelayanan pasien Covid 19.
2. Kepala satuan kerja belum melakukan pemerataan kesempatan pelatihan pada stafnya.
3. Terjadi pembatalan beberapa kegiatan pelatihan eksternal oleh pihak penyelenggara.
4. Terjadi penundaan jadwal pelatihan oleh penyelenggara pelatihan eksternal terutama untuk layanan unggulan, sehingga pegawai yang seharusnya mengikuti pelatihan di semester I mengalami penjadwalan ulang di semester II.
5. Pemantauan kegiatan pelatihan pegawai belum optimal, sehingga beberapa pelatihan yang diikuti pegawai belum terdata dengan baik. Perlu dibuatkan



suatu sistem yang memudahkan pegawai melakukan pelaporan kegiatan pelatihan secara mandiri.

c. Tindak Lanjut:

1. Memberikan pemahaman pada kepala satuan kerja, agar dapat memberikan kesempatan yang sama bagi stafnya untuk mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi, tidak hanya melalui pelatihan klasikal tetapi juga pelatihan dengan metode lainnya agar tercapai target minimal 20 JPL per tahun.
2. Melakukan koordinasi internal dengan Bagian pendidikan dan penelitian terkait pemenuhan kebutuhan pelatihan sesuai jam pelajaran (JPL) yang ditargetkan dan hasilnya dilaporkan ke Bagian SDM.
3. Membuat aplikasi berkerjasama dengan Bagian Diklit, untuk memudahkan pegawai secara mandiri dapat melakukan pengajuan usulan, memantau dan pelaporan kegiatan pengembangan kompetensi.

d. Rekomendasi :

1. Memperbaiki regulasi pengembangan kompetensi pegawai berikut standar prosedur operasionalnya termasuk didalamnya mengatur pengembangan kompetensi saat pandemi.
2. Meningkatkan koordinasi secara internal dengan satker pengusul pelatihan dan koordinasi dengan Bagian Diklit terkait pembuatan aplikasi pelatihan.
3. Menjadi target kinerja satuan kerja untuk peningkatan kompetensi.

Indikator Kinerja :

15) Persentase SDM Sesuai Kebutuhan

Definisi operasional pemenuhan SDM sesuai kebutuhan adalah jumlah pemenuhan SDM sesuai kebutuhan pelayanan dan pendukung program prioritas Rumah Sakit (kanker terpadu, orthopedi, UKVI, dan IT).

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah Pegawai yang Dipenuhi}}{\text{Jumlah Pegawai yang Dibutuhkan}} \times 100\%$$



a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.15. % SDM sesuai kebutuhan

Nama Indikator	Target 2020	Realisasi	Capaian	Target 2021	Realisasi	Capaian	Target 2022
Persentase SDM sesuai kebutuhannya.	88%	92,25%	104,83%	90%	85,19%	94,66%	92%

Sumber Data: Bagian SDM

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 85,19% dengan capaian sebesar 94,66% dari target 90% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian tahun 2021 mengalami penurunan sebesar 10,17% dari tahun 2020.

b. Analisa pencapaian target :

Target persentase pemenuhan kebutuhan SDM sesuai kebutuhan di tahun 2021 sebesar 90%. Realisasi pemenuhan kebutuhan SDM sesuai kebutuhan untuk kanker Terpadu 57,14%, KSM Orthopedi dan traumatologi 90,91%, IRNA Prof Dr. Soelarto 91,51% dan UKVI 89,89% serta Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit 96,00%, Rerata realisasi untuk ketiga layanan unggulan dan Tenaga IT sebesar 85%. Realisasi target pemenuhan kebutuhan tenaga tahun 2021 sudah dipenuhi melalui jalur seleksi CPNS maupun rekrutmen Pegawai Tidak Tetap (PTT).

c. Tindak Lanjut :

Melakukan penempatan ke satuan kerja dan monitoring kinerja SDM layanan unggulan agar sesuai target kinerja.

d. Rekomendasi:

Koordinasi yang lebih ditingkatkan terkait kebutuhan SDM dengan target pengembangan layanan unggulan.



8. Terwujudnya Seluruh Sistem Informasi yang Terintegrasi

Indikator Kinerja :

16) Level Integrasi Sistem Informasi Layanan dan Manajemen

Definisi operasional level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen adalah sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan, dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat serta akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan. Penyelenggara sistem informasi manajemen Rumah Sakit (SIMRS) mengacu pada Permenkes Nomor 82 Tahun 2013 tentang sistem informasi manajemen Rumah Sakit pada satu platform.

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah nilai capaian berdasarkan bobot pada dokumen rencana strategi pengembangan sistem informasi RS}}{\text{Jumlah target capaian sesuai dengan program kerja strategis tahunan}} \times 100\%$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.16. Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	100%	63%	63%	83%	70,20%	84,58%

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 70,20% dengan capaian sebesar 84,58% dari target 83% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian tahun 2021 mengalami peningkatan sebesar 21,58% dari tahun 2020 karena target yang ditetapkan tahun 2021 turun dari tahun 2020 berdasarkan RSB Tahun 2020-2024.



b. Analisa pencapaian target :

1. Pengembangan lanjutan system informasi indikator mutu terintegrasi
Pengembangan system informasi indikator mutu masih belum mencapai target dikarenakan banyaknya permintaan pembuatan aplikasi dan perubahan aplikasi, selain hal tersebut terbatasnya tenaga SDM programmer menjadi salah satu hambatan dalam melakukan pengembangan aplikasi.
2. Pengembangan aplikasi Ekklaim terintegrasi dengan monitoring klaim BPJS
Pengembangan pada aplikasi ekklaim terintegrasi untuk fitur monitoring terkendala pada metode rekonsiliasi klaim BPJS karena tenaga teknis yaitu programmer pada saat masih dalam proses pembuatan aplikasi lain yang terkait langsung dengan pelayanan.
3. Pengembangan dan implementasi aplikasi *E-Medical Record* dan PACS
Proses dari aplikasi *E-Medical Record* IRJ sudah dalam tahap uji coba aplikasi dan ada beberapa perubahan serta penambahan kolom inputan. Proses integrasi PACS sudah memasuki tahap integrasi jaringan PACS dengan jaringan local RS. Saat ini aplikasi PACS dapat diakses oleh dokter radiologi melalui jaringan *Virtual Private Network* (VPN) dari luar Rumah Sakit.
4. Pengembangan mobile Apps
Pengembangan mobile Apps dalam proses Analisa kebutuhan dan penyusunan rencana pengembangan dari aplikasi *mobile*.
5. Pengembangan aplikasi E-SDM (*Payroll*, E-Remunerasi, dst)
Pengembangan aplikasi SDM saat ini sudah tersedia untuk data dasar pegawai, namun saat ini sedang dikembangkan lebih lanjut untuk aplikasi E-Remunerasi.

Disamping itu pengembangan aplikasi yang saat ini di buat tidak semuanya masuk dalam program kerja strategis tahun 2021, namun arah perubahan penggantian bahasa pemrograman tetap mengacu pada kelengkapan integrasi variabel-variabel diatas, sehingga persentase pengembangan system informasi yang terintegrasi belum tercapai secara optimal.



c. Tindak Lanjut:

Sebagai langkah tindak lanjut dari belum tercapainya target capaian. ISIMRS akan memperkuat proses pengembangan aplikasi baik dari sisi pembuatan analisa oleh Tim Analis maupun proses pengembangan dari Tim Programmer dan sosialisasi dari Tim Operasional. Bentuk penguatan dimulai dari analisa yang lebih tajam dan mendalam agar memudahkan programmer dalam melakukan pengembangan aplikasi atau bias dalam bentuk pemahaman teknis pembuatan aplikasi yang sederhana namun efisien tetapi tetap memiliki fungsi yang sama sesuai yang diharapkan. Sosialisasi yang lebih luas terhadap pengguna aplikasi oleh tim operasional software dan penataan konfigurasi jaringan untuk mendukung akselerasi data.

d. Rekomendasi :

1. Pembuatan alur bisnis kerja/ standar operasional prosedur yang sudah ditetapkan bersama, untuk dijadikan *user requirement* pengembangan aplikasi.
2. Penambahan programmer web dan programmer mobile, bila memungkinkan perekrutan baru sistem analis dan *network* admin yang saat ini dirangkap oleh tim operasional *software* dan Koordinator *Hardware*.
3. Kebijakan rumah sakit dalam mendukung penggunaan aplikasi RS melalui komitmen bersama.

9. Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS

Indikator Kinerja :

17) Persentase Sarana, Prasarana dan Alat yang Berfungsi Sesuai Standar

Definisi operasional persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar adalah pemenuhan sarana, prasarana dan alat medik yang mendukung terlaksananya pengembangan prioritas pelayanan sesuai dengan program kerja tahunan yang telah ditetapkan.



Formula:

$$\frac{\text{Jumlah sarana, prasarana dan alat medik yang terealisasi}}{\text{Jumlah semua sarana, prasarana dan alat medik yang direncanakan setiap tahun}} \times 100\%$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.17. % Sarana, Prasarana dan Alat yang berfungsi sesuai standar

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Persentase Sarana, Prasarana dan Alat yang berfungsi sesuai standar	85%	57,65%	67,82%	90%	68,56%	76,18%	92,5%

Sumber Data : BPP, Bagian Umum & IPSSRS

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 68,56% dengan capaian sebesar 76,18% dari target 90% yang ditetapkan dalam RSB. Capaian tahun 2021 mengalami peningkatan sebesar 8,36% dari tahun 2020.

b. Analisa pencapaian target :

- a. Untuk pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana non medik/ alat perlengkapan realisasinya sebesar 71% yang terdiri dari pemenuhan pelayanan kardiologi vaskuler intervensi dan pelayanan orthopedi, sedangkan untuk pelayanan knker terpadu masih belum dapat diadakan/ dilaksanakan mengingat gedung pelayanan kanker terpadu belum dibangun (data terlampir pada laporan bagian umum).
- b. Realisasi pemenuhan sarana dan prasarana bangunan/raugnan (IPSSRS) dan kalibrasi alat medik dan sertifikasi berkala alat non medik dengan realisasi 73,2%.
- c. Realaisasi pemenuhan alat medik bulan Desember 61.5%, Anggaran untuk pemenuhan alat medik tahun 2021 RSUP Fatmawati melalui dana BLU sebesar Rp 24.000.000.000,- (dua puluh empat milyar rupiah) untuk pemenuhan pengadaan alat kesehatan layanan unggulan serta pemenuhan



- alat medik lainnya yang mendukung pelayanan umum dan percepatan pelayanan covid 19.
- d. Pemenuhan kebutuhan alat kesehatan untuk pelayanan covid 19 tahun 2021 di gedung Anggrek lantai 4 dan 5 sebesar Rp 8.508.445.949,- yang merupakan bagian dari usulan Rp 24.000.000.000,-
- e. Dari 13 (tiga belas) item alat medik yang telah direncanakan pada RSB untuk pemenuhan layanan unggulan yang telah teralisasi 8 (delapan) item alat medik sehingga realisasi pemenuhan alat medik tahun 2021 sebesar 61,5% dan capaiannya 68,3%, adapun alat yang teralisasi yaitu:
1. Mikroscope kamera senilai Rp 95.000.000,-
 2. Arthroscopy instrument set senilai Rp 2.274.458.090,-
 3. HIP Arthroscopy set dengan nilai Rp 1.289.916.818,-
 4. Shoulder Arthroscopy set senilai Rp 1.560.007.545,-
 5. Pediatric set Bedah Jantung anak senilai Rp 469.373.636,-
 6. Endoscopic Spine Biportal senilai Rp 792.000.000,-
 7. Basic Set Spine senilai Rp 2.155.829.000,-
 8. Small Joint Arthroscopy set senilai Rp 1.408.440.000,-
 9. Sedangkan untuk komplet FAST Arthroscopy Work Station sudah berproses tetapi belum teralisasi hal ini disebabkan karena alat medik tersebut indent.
- f. Pemencanaan untuk pengadaan alat linac pada tahun ini tidak dapat terlaksana mengingat saat ini proses gedung untuk pelayanan kanker center sedang tahap pembangunan, sehingga pengadaan alat tersebut akan dilaksanakan pada tahun 2022.
- g. Indikator persentase pemenuhan sarana, prasarana dan alat medik merupakan kegiatan lintas Direktorat dengan target 90% dan rerata realisasinya 68,56% sehingga capaiannya sampai dengan Bulan Desember 2021 sebesar 76,17%.



c. Rekomendasi :

Untuk pemenuhan sarana, prasarana dan alat medik (SPA) yang belum teralisasi pada tahun 2021 akan dimasukkan ke dalam inventarisasi pemenuhan alat medik tahun 2022.

10. Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi

Indikator Kinerja :

18) Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

Definisi operasional persentase kasus rujukan melalui sisrute yang memiliki respontime kurang dari 1 jam.

Formula:

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$$

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3.17. % Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

Nama Indikator	TAHUN 2020			TAHUN 2021			Target 2022
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian	
Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	-	-	-	60%	72,23%	120,38%	70%

Sumber data: IGD

Berdasarkan tabel diatas realisasi pada tahun 2021 sebesar 72,23% dengan capaian sebesar 120,38% dari target 60% yang ditetapkan berdasarkan Surat Edaran Nomor HK.02.02/I/0601/2021 tentang Kewajiban penyampaian evaluasi pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di Rumah Sakit UPT Vertikal Ditjen Pelayanan Kesehatan tanggal 10 Maret 2021 yang isinya adalah sebagai berikut:



1. Rumah Sakit UPT Vertikal wajib mencantumkan indikator pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE) dalam Perjanjian Kinerja Tahun 2021 dan akan dievaluasi sampai tahun 2024.
2. Rumah Sakit UPT Vertikal wajib melaporkan capaian indikator tersebut dalam laporan kinerja dan laporan lainnya yang telah ditetapkan.

Berdasarkan hal tersebut, indikator ini tahun sebelumnya tidak ada dalam RSB dan bukan menjadi Indikator Kinerja Utama (IKU) RSB Tahun 2020-2024, namun berdasarkan surat tersebut indikator ini harus dimasukkan dalam perjanjian kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2021 dan dipantau kinerjanya.

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target:

Pencapaian target pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

1. Penyediaan sarana kerja petugas, seperti handphone untuk lebih memudahkan dan mempercepat proses pengiriman data pasien (hasil pemeriksaan penunjang) kepada tenaga ahli, dimana hal ini belum terakomodir oleh aplikasi yang ada.
2. Adanya Dokter Jaga Onsite, Duty IGD dan Dokter Jaga IGD sebagai tenaga ahli IGD (konsultan), sehingga mempercepat proses pengambilan keputusan oleh petugas.
3. Adanya dukungan jaringan internet yang baik, sehingga proses dapat berjalan dengan cepat.

c. Tindak lanjut hasil pencapaian indikator :

Untuk mempertahankan pencapaian pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) tahun 2021, diperlukan upaya antara lain :

1. Perbaikan/penyempurnaan sistem aplikasi SISRUTE karena selama ini sistem aplikasi belum mengakomodir pengiriman data pasien (hasil pemeriksaan penunjang) dari dan ke handphone tenaga ahli untuk keperluan konsultasi, mengingat tenaga ahli tidak selalu bisa mengakses aplikasi SISRUTE.



2. Penambahan/penggantian petugas, karena terdapat 1 (satu) orang petugas yang *resign* sehingga jumlah petugas berkurang, dari 8 (delapan) orang menjadi 7 (tujuh) orang. Hal ini membuat jumlah petugas dalam 1 (satu) shift tidak bisa selalu 2 (dua) orang, sehingga dapat memperlambat respon panggilan masuk.
3. Pengembangan kompetensi petugas melalui pendidikan dan pelatihan.

B. SUMBER DAYA

1). Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia di RSUP Fatmawati per 31 Desember 2021 sejumlah 2.268 orang pegawai, dengan kriteria kepegawaian sebagai berikut:

Tabel 3.18. Data SDM Per Desember 2021

NO	URAIAN	JANUARI 2021	TAMBAH	KURANG	DESEMBER 2021
I	<u>MENURUT GOLONGAN</u>				
1	GOLONGAN IV	224	32	-	256
2	GOLONGAN III	1.271	-	34	1.237
3	GOLONGAN II	846	-	75	771
4	GOLONGAN I	4	-	-	4
	JUMLAH	2.345	32	109	2.268
II	<u>MENURUT JENIS PROFESI</u>				
1	TENAGA MEDIS	280	4	-	284
2	KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN	1.043	-	43	1.000
3	TENAGA KESEHATAN LAIN	379	-	2	377
4	TENAGA NON MEDIS /ADMINISTRASI	643	-	36	607
	JUMLAH	2.345	4	81	2.268

Sumber Data : SDM

Berdasarkan tabel diatas jumlah SDM Golongan III merupakan jumlah terbanyak yaitu sebanyak 1.237 orang dan menurut Jenis Profesi untuk Keperawatan dan kebidanan adalah jumlah SDM terbanyak di RSUP Fatmawati. Dalam Setiap pelaksanaan kegiatan penunjang kinerja di RSUP Fatmawati melakukan beberapa analisis dan efisiensi dalam pemenuhan dan penggunaan sumber daya manusia.



Hal tersebut dapat dilihat dalam tabel di atas selama tahun 2021 ada 4 penambahan tenaga medis dan berkurangnya SDM dari tenaga keperawatan & Kebidanan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non medis/ administrasi karena pensiun, meninggal dunia, dan *resign*. Dengan berkurangnya SDM yang ada di RSUP Fatmawati, kegiatan pelayanan dan operasional rumah sakit tetap berjalan dan dapat memberikan pelayanan dan kinerja yang optimal sesuai harapan dari seluruh stakeholders.

2). Sumber Daya Anggaran

Sumber daya anggaran Per 31 Desember 2021 adalah sebagai berikut:

KODEMAK	URAIAN	PAGUAWAL	PAGUREMSI	REALISASI	%	SSA ANGGARAN
688.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	132.096.000.000	223.679.616.000	187.767.656.311	83,94	35.911.959.689
688.CCB	CM Sarana Bidang Kesehatan	201.754.000.000	168.118.602.000	155.149.237.701	92,29	12.969.364.299
688.EAC	Layanan Umum	208.600.000.000	207.550.000.000	207.014.096.088	99,74	535.903.912
688.EAE	Layanan Prasarana Internal	7.550.000.000	11.812.726.000	8.028.763.029	67,97	3.783.962.971
4813.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	4.500.000.000	11.500.000.000	11.488.228.571	99,98	1.771.429
4813.EAA	Layanan Perkantoran	138.105.179.000	129.097.244.000	127.114.876.872	98,46	1.982.367.128
TOTAL		692.605.179.000	751.758.188.000	686.572.858.572	92,66	55.185.329.428

Alokasi anggaran tahun 2021 mengalami perubahan semula sebesar Rp 692.605.179.000 menjadi Rp 751.758.188.000, kenaikan sebesar 9% yang diikuti dengan revisi DIPA Petikan sebagai berikut :

Revisi DIPA Petikan ke 01 tanggal 02 Februari 2021, pencantuman saldo awal kas BLU sebesar Rp 380.733.050.431. Alokasi anggaran tahun 2021 sebesar Rp 692.605.179.000,- sumber dana berasal dari rupiah mumi Rp 142.605.179.000 dan PNBK Rp 550.000.000.000,-

1. Revisi DIPA Petikan ke 02 tanggal 01 April 2021, buka blokir untuk belanja Kendaraan Bermotor UPT Vertikal sebesar Rp 2.550.000.000. Alokasi anggaran



- tahun 2021 sebesar Rp 692.605.179.000,- sumber dana berasal dari rupiah murni Rp 142.605.179.000 dan PNBPNP Rp 550.000.000.000,-
2. Berdasarkan surat dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor : PR.04.02/I/1077/2021 tanggal 16 April 2021 perihal Realokasi Anggaran Rupiah Murni Satker di lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan TA 2021. RSUP Fatmawati mendapatkan tambahan alokasi anggaran sebesar Rp 7.000.000.000 yang dialokasikan untuk belanja modal alat kesehatan. Penambahan alokasi anggaran tahun 2021 tercantum dalam DIPA Petikan revisi ke 03 tanggal 30 Juni 2021, sehingga alokasi anggaran tahun 2021 sebesar Rp 699.605.179.000,- sumber dana berasal dari rupiah murni Rp 149.605.179.000 dan PNBPNP Rp 550.000.000.000,-
 3. Revisi DIPA Petikan ke 04 tanggal 05 Juli 2021, penyesuaian saldo awal kas BLU semula sebesar Rp 380.733.050.431,- menjadi Rp 377.415.228.806,- karena koreksi insentif pajak pada tahun 2021, sehingga alokasi anggaran tahun 2021 sebesar Rp 699.605.179.000,- sumber dana berasal dari rupiah murni Rp 149.605.179.000 dan PNBPNP Rp 550.000.000.000,-
 4. Revisi DIPA Petikan ke 05 tanggal 14 September 2021, refocusing/efisiensi pada belanja gaji dan tunjangan PNS sebesar Rp 2.990.997.000. sehingga alokasi anggaran tahun 2021 sebesar Rp 696.614.182.000,- sumber dana berasal dari rupiah murni Rp 146.614.182.000 dan PNBPNP Rp 550.000.000.000,-
 5. Revisi DIPA Petikan ke 06 tanggal 21 September 2021, penggunaan saldo awal kas BLU sebesar Rp 61.161.202.000,- yang dialokasikan untuk belanja:
 - Gedung layanan Radiologi dan Bunker Rp 58.257.153.000
 - Alat Kesehatan Rp 2.903.791.000Alokasi anggaran tahun 2021 sebesar Rp 757.775.126.000,- sumber dana berasal dari rupiah murni Rp 146.614.182.000 dan PNBPNP Rp 611.160.944.000,-
 6. Berdasarkan surat dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Nomor : PR.04.01/I/3832/2021 tanggal 26 Oktober 2021 perihal Refocusing Anggaran Tahap VI dan Realokasi Anggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan TA 2021. RSUP Fatmawati mengajukan program refocusing/efisiensi untuk belanja gaji dan tunjangan PNS sebesar Rp 6.016.938.000,- tercantum dalam DIPA Petikan ke 07 tanggal 12 November 2021 sehingga total alokasi



anggaran tahun 2021 sebesar Rp 751.758.188.000,- yang terdiri dari sumber dana rupiah murni Rp 140.597.244.000 dan PNBP Rp 611.160.944.000,-

7. Revisi DIPA Petikan ke 08 tanggal 25 November 2021, pergeseran rincian anggaran dalam hal pagu tetap. Alokasi anggaran tahun 2021 yang tercantum dalam DIPA Petikan ke 08 sebesar Rp 751.758.188.000,- yang terdiri dari sumber dana rupiah murni Rp 140.597.244.000 dan PNBP Rp 611.160.944.000,-
8. Revisi DIPA Petikan ke 09 tanggal 08 Desember 2021, Pemuktahiran Data Petunjuk Operasional Kegiatan. Alokasi anggaran tahun 2021 yang tercantum dalam DIPA Petikan ke 09 sebesar Rp 751.758.188.000,- yang terdiri dari sumber dana rupiah murni Rp 140.597.244.000 dan PNBP Rp 611.160.944.000,-

Realisasi penyerapan anggaran tahun 2021 sebesar Rp 696.572.858.572 (92,66%) dari alokasi anggaran sebesar Rp 751.758.188.000 dengan perincian sebagai berikut :

1. Alokasi anggaran rupiah murni sebesar Rp 140.597.244.000 realisasi sebesar Rp 138.613.105.443 (98,59%).
2. Alokasi anggaran PNBP sebesar Rp 611.160.944.000,- realisasi sebesar Rp 696.572.858.572 (92,66%),

Bila dibandingkan dengan realisasi penyerapan anggaran RSUP Fatmawati tahun 2020 sebesar 95,99% adan penurunan sebesar 3,33%.

Realisasi penyerapan anggaran tahun 2021 dipengaruhi beberapa faktor antara lain :

1. KRO Sarana Bidang Kesehatan, capaian realisasi anggaran sebesar 83,94% salah satunya dipengaruhi oleh realisasi anggaran gedung radiologi dan bunker sebesar 25,87% alokasi anggaran sebesar Rp 44.257.153.000,- realisasi sebesar Rp 11.450.389.091,-
Untuk pembangunan gedung layanan radioterapi dan bunker dilakukan dengan mekanisme kontrak tahun jamak.
2. KRO Layanan Prasarana Internal, capaian realisasi sebesar 67,97% faktor yang mempengaruhi adalah realisasi belanja modal hardware, alokasi anggaran sebesar Rp 5.305.726.000,- realisasi sebesar Rp 1.785.424.301 (33,65%) disebabkan belum terlaksananya pengembangan IT di RSUP Fatmawati.
3. KRO Layanan Perkantoran Belanja pegawai (gaji dan tunjangan), ditahun berjalan dilakukan efisiensi / *refocusing* sebesar Rp 9.007.935.000,- anggaran semula Rp 128.218.867.000 menjadi Rp 119.210.932.000,-



3). Sumber Daya Sarana dan Prasarana.

Laporan berdasarkan penatausahaan Barang Milik Negara (BMN) meliputi kegiatan pencatatan, pendaftaran, pembukuan dan pelaporan BMN, maka laporan tahunan inventaris yang dibuat sampai 31 Desember 2021 tercatat sebagai berikut:

BMN INTRAKOMTABEL

Posisi Awal (1 Januari 2021)	Rp.	6.037.083.132.589
Penambahan	Rp.	57.446.420.572
Pengurangan	Rp.	16.093.182.934
Posisi Akhir (31 Desember 2021)	Rp.	6.078.436.370.227

BMN EKSTRAKOMTABEL

Posisi Awal (1 Januari 2021)	Rp.	789.409.658
Penambahan	Rp.	161.169.572
Pengurangan	Rp.	-
Posisi Akhir (31 Desember 2021)	Rp.	950.579.230

BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA

Posisi Awal (1 Januari 2021)	Rp.	6.037.872.542.247
Penambahan	Rp.	57.607.590.144
Pengurangan	Rp.	16.093.182.934
Posisi Akhir (31 Desember 2021)	Rp.	6.079.386.949.457

BMN ASET TAK BERWUJUD

Posisi Awal (1 Januari 2021)	Rp.	5.600.170.129
Penambahan	Rp.	1.101.516.350
Pengurangan	Rp.	1.898.876.530
Posisi Akhir (31 Desember 2021)	Rp.	4.802.809.949

BMN KONTRUKSI DALAM Pengerjaan

Posisi Awal (1 Januari 2021)	Rp.	-
Penambahan	Rp.	5.222.871.091
Pengurangan	Rp.	-
Posisi Akhir (31 Desember 2021)	Rp.	5.222.871.091

Berdasarkan jumlah data diatas posisi pada 31 Desember 2021: BMN intrakomtabel dan ekstrakomtabel sebesar Rp 6.079.386.949.457,- , BMN Aset Tak Berwujud



sebesar Rp 4.802.8098.949,- dan BMN Kontrusk Dalam Pengerjaan sebesar Rp. 5.222.871.091,-

B. EFISIENSI SUMBER DAYA

1. Efisiensi Sumber Daya Manusia

Rsip Fatmawati sebagai rumah sakit pusat tipe A yang memiliki sumber daya yang memadai sehingga mampu menyelenggarakan berbagai jenis pelayanan spesialis dan subspecialistik yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. Dalam menghadapi tantangan masa depan dan perubahan dinamis dan persaingan global, RSUP Fatmawati harus mampu mengatasi permasalahan-permasalahan melalui optimalisasi sumber daya. Dalam melakukan optimalisasi sumber daya maka diperluakn suatu manajemen sumber daya yaitu bagaimana mengatur hubungan dan peran sumber daya (tenaga kerja) yang dimiliki oleh individu secara efisien dan efektif serta dapat digunakan secara maksimal sehingga tujuan bersama di rumah sakit oleh seluruh *stakeholdersnya* menjadi maksimal.

Dalam melakukan efisiensi sumber daya manuaasi di RSUP Fatmawati yaitu dengan menempatkan SDM sesuai dengan kompetensi spesifikasi pada setiap unit kerja sehingga akan terwujud struktur yang miskin akan tetapi kaya akan fungsi yang dapat mengoptimalkan SDM yang ada. Mengingat masih terdapat SDM yang tidak sesuai dengan spesifikasi kompetensi yang dibutuhkan pada suatu unit, hal tersebut akan berdampak pada pelayanan yang akan diberikan menjadi tidak optimal. Untuk mengatasi hal tersebut, maka perlu disusunnya perencanaan dengan spesifikasi kompetensi SDM yang sesuai dengan kebutuhan unit kerja. Perencanaan yang baik dalam menentukan jumlah SDM yang akan dilakukan *rekrutment* berdasarkan posisi, keterampilan dan perilaku yang dibutuhkan. Selain itu perencanaan SDM yang ada di RSUP Fatmawati berdasarkan kepada beban kerja yang ada pada setiap unit dan dilakukan evaluasi analisa beban kerja secara berkala.

2. Efisiensi Sumber Energi

RSUP Fatmawati melakukan manajemen energi dengan menerapkan program efisiensi/ penghematan energi (listrik, bahan bakar) dan air berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama Nomor: HK.01.07/VIII.2/4884/2018 tentang Tim



Penghematan Energi dan Air di RSUP Fatmawati. Dalam melaksanakan tugas tim bertanggungjawab kepada Direktur Utama.

- a. Penghematan Listrik sebesar 20% dihitung dari rata-rata penggunaan listrik di lingkungan RSUP Fatmawati dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sebelum dikeluarkannya Instruksi Presideen Nomor 13 Tahun 2011 Tentang Penghematan Energi dan Air
- b. Penghematan pemakaian BBM bersubsidi sebesar 10% melalui pengaturan pembatasan penggunaan BBM bersubsidi bagi kendaraan di RSUP Fatmawati.
- c. Penghematan air sebesar dihitung dari rata-rata penggunaan air di lingkungan RSUP Fatmawati dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sebelum dikeluarkan Instruksi Presiden Nomor: 13 Tahun 2011 Tentang penghematan Air.

Tugas Tim Penghematan Energi dan Air di RSUP Fatamwati adalah:

- a. Menyiapkan data dan bahan untuk penyusunan program penghematan energi dan air di RSUP Fatmawati.
- b. Menyusun program penghematan energi dan air di RSUP Fatmawati.
- c. Melaksanakan pengawasan dan evaluasi perogram penghematan energi dan air di RSUP Fatmawati.
- d. Melaporkan hasil kegiatan penghematan energi dan air secara berkala setiap 6 (enam) bulan pada Januari dan Juli kepada Direktur Utama dan Kementerian Kesehatan RI.
- e. Menyusun rekomendasi penggunaan sarana dan prasarana sebagai fasilitas untuk penghematan energi dan air.

Dalam melaksanakan tugasnya Tim berfungsi:

- a. Menginventaris sarana dan prasarana yagna telah dimiliki oleh RSUP Fatmawati untuk mendukung penghematan energi dan air
- b. Menerapkan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penghematan energi dan air di lingkungan RSUP Fatmawati serta menganalisa risiko dampak positif dan negatif dari penghmat energi dan air.
- c. Melakukan pembinaan dan bimbingan teknis terhadap pelaksanaan penghematan energi dan air kepada seluruh staf di RSUP Fatmawati.



- d. Menyusun langkah-langkah untuk mengembangkan kompetensi SDM yang terlibat di bidang di bidang konservasi energi dan air.
- e. Melakukan sosialisasi secara menyeluruh terhadap pelaksanaan penghematan energi dan air.



BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2021 merupakan pertanggung jawaban 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 2021 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 656,60% dengan penyerapan anggaran sebesar 92,66%. 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 Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati Tahun 2020-2024. 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



A. FORM RENCANA KINERJA TAHUNAN

RENCANA KINERJA TAHUNAN

Unit : RSUP Fatmawati

Tahun Anggaran : 2021

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET TAHUN 2021
1	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	1 Cash ratio	75,85%
		2 Current ratio	212,10%
2	Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder	3 Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat	81%
		4 Angka kepuasan pelanggan internal meningkat	80%
3	Terwujudnya digital marketing	5 Online channel yang terbentuk dalam marketing RS	75%
4	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	6 Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu	83%
		7 Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi	35%
		8 Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	65%
5	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	9 Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran	100%
		10 Persentase Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)	80%
6	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	11 Persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan non-BPJS	10%
		12 Jumlah Penelitian RS yang Dilakukan di RSUP Fatmawati	31
		13 Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tetap oleh institusi Pendidikan	56%
7	Terpenuhi kuantitas dan kualitas SDM RS	14 Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	94%
		15 Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	90%
8	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	16 Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	83%
9	Terpenuhi standar sarana, prasarana dan alat RS	17 Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar	90%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	18 Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%



Direktur Utama RSUP Fatmawati

M. Azhar, SKM, MARS
NIP. 1952000031002



B. PERNYATAAN PERJANJIAN KINERJA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021

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

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL (K), MARS


Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan


selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 12 Maret 2021

✓ Pihak Kedua, 


Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-
KL(K), MARS
NIP 196205231989031001



dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002



C. PENETAPAN KINERJA

Unit Kerja : RSUP Fatmawati
Tahun Anggaran : 2021

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021 RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	1. Cash Ratio	75,85%
		2. Current Ratio	212,10%
2	Terwujudnya peningkatan kepuasan <i>stakeholder</i>	3. Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat	81%
		4. Angka kepuasan pelanggan internal meningkat	80%
3	Terwujudnya digital <i>marketing</i>	5. <i>Online channel</i> yang terbentuk dalam <i>marketing</i> RS	75%
4	Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu	6. Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu	83%
		7. Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi	35%
		8. Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS	65%
5	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	9. Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) standar pelayanan kedokteran	100%
		10. Persentase Indeks Persepsi <i>Good Corporate Governance</i> (GCG)	80%
6	Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga	11. Persentase kunjungan pasien jaminan non-BPJS	10%
		12. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati	31
		13. Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan	56%
7	Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS	14. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	94%
		15. Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	90%



8	Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi	16. Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen	83%
9	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	17. Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar	90%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	18. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp 550.000.000.000
2. Program Dukungan Manajemen	Rp 142.605.179.000
Total	Rp 692.605.179.000

Jakarta, 12 Maret 2021

Pihak Kedua,

Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D.
Sp.THT-KL(K), MARS
NIP 196205231989031001



Dr. Azhar Jaja, SKM, MARS
NIP 197106262000031002



D. PENCAPAIAN KINERJA TAHUN 2021

SASARAN STRATEGI		INDIKATOR		TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1.	Terwujudnyakerjake uangan BLU yang sehat dan mandiri	1.	Cash ratio	75,85%	5060,29%	6.671,44%
		2.	Current ratio	212,10%	6857,34%	3.233,07%
2.	Terwujudnyapeningk atankepuasan stakeholder	3.	Angka kepuasanpelangganeksternalm eningkat	81%	81,4%	100,45%
		4.	Angka kepuasanpelanggan internal meningkat	80%	70,59%	88,24%
3.	Terwujudnya digital marketing	5.	Online channel yang terbentukdalam marketing RS	75%	108,33%	144,44%
4.	Terwujudnyaoptimalis asipelayananterpadu	6.	Persentasepasienmendapatkan pelayanankankerterpadu	83%	91,14%	109,80%
		7.	Persentasepasien yang memperolehpelayanan minimal invasifsubspesialistikorthopedi	35%	42,60%	121,70%
		8.	Persentasepasienpelayanankar diovasulerintervensiterpadu yang dilayani RS	65%	83,41%	128,32%
5.	Terwujudnyasistem tata kelola RS yang baik	9.	Kesesuaianterhadapevaluasi 5 (lima) Standarpelayanankedokteranpri oritas.	100%	99,31%	99,31%
		10.	PersentaseIndeksPersepsi Good Corporate Governance (GCG)	80%	64,75%	80,94%
6.	Terwujudnyakerjasa madenganpihakketig a	11.	Persentasekunjuganpasienjam inanpembayaan non-BPJS	10%	22,1%	221%
		12.	JumlahPenelitian RS yang Dilakukan di RSUP Fatmawati	31	53	170,97%
		13.	Persentase tenaga RS yang diakuisebagaidosentidak tetap oleh institusipendidikan	56%	97%	173,21%
7.	Terpenuhinyakuantita s dan kualitas SDM RS	14.	Persentase SDM yang ditingkatkankompetensinya	94%	79,32%	84,89%
		15.	Persentasepemenuhan SDM sesuaikebutuhan	90%	90,60%	100,67%
8.	Terwujudnyaseluruhsi steminformasi yang terintegrasi	16.	Level integrasisisteminformasilayanan dan manajemen	83%	70,20%	84,58%
9.	Terpenuhinyastandar sarana, prasarana dan alat RS	17.	Persentesarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar	90%	68,56%	76,17%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	18.	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	60%	72,23%	120,39%
Rata-Rata Pencapaian						656,08%



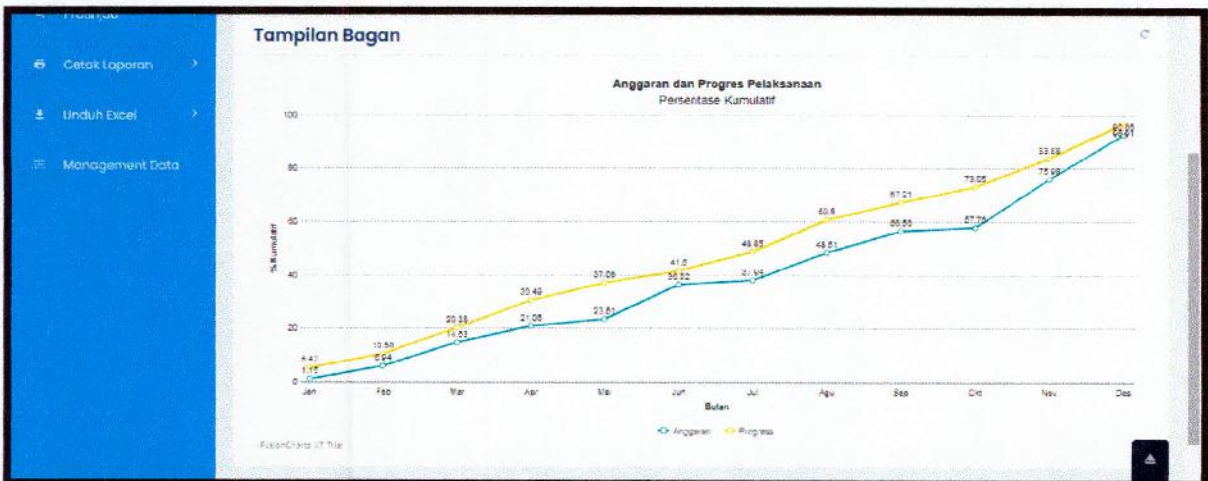
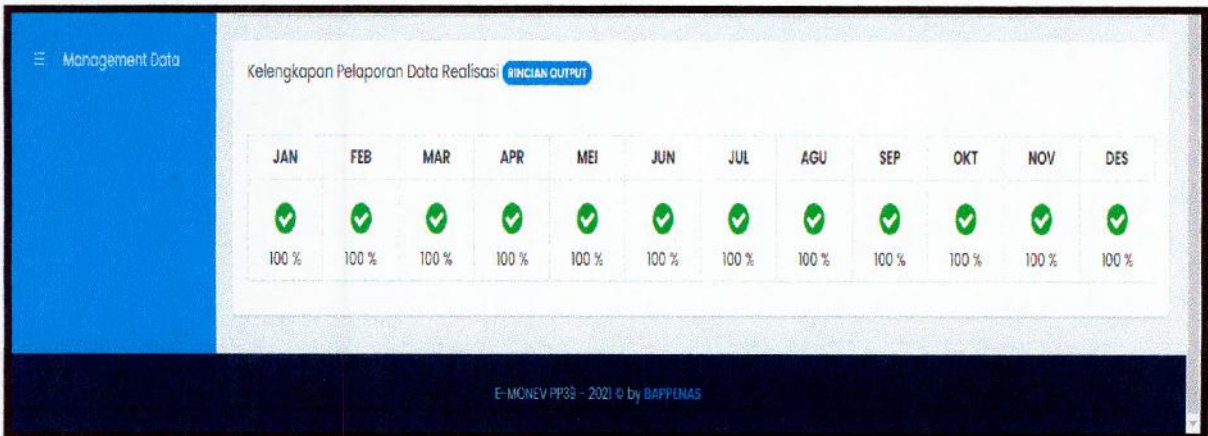
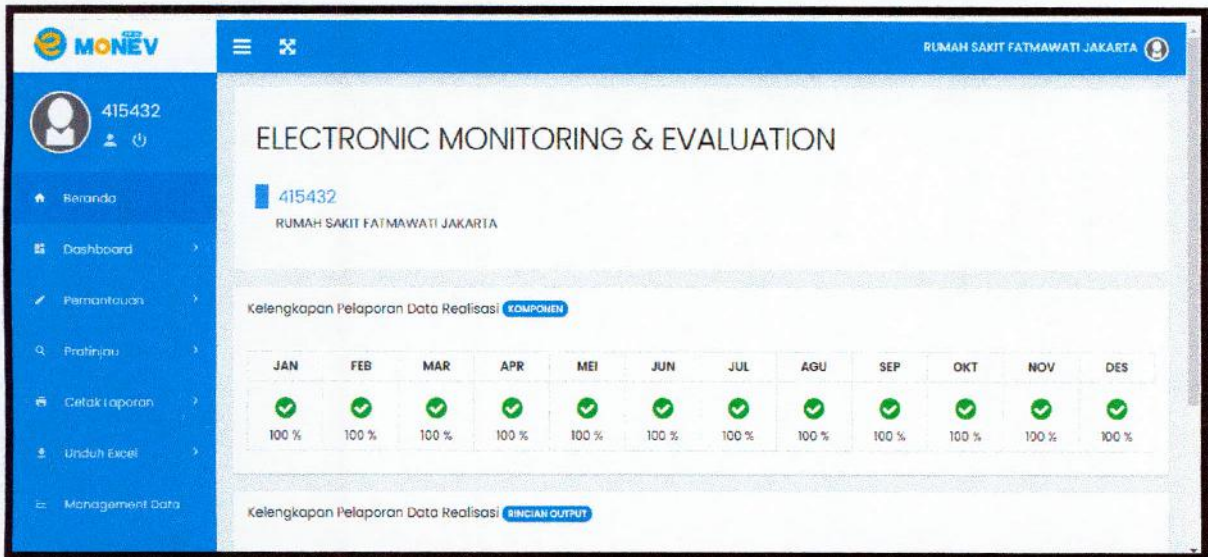
E. PENGHARGAAN YANG DIPEROLEH RSUP FATMAWATI TAHUN 2021





F. SERTIFIKAT AKREDITASI RS (BERLAKU S/D 17 NOVEMBER 2022)





BUKTI UPLOAD LAKIP DALAM APLIKASI EPERFORMANCE KEMENKES TAHUN 2021



Browser address: e-renggar.kemkes.go.id/index.php/e-performance/performance/list_tahunan

Page Title: E-RENGGAR | RS FATMAWATI_PERFORMANCE | 2021

Left Menu:

- Halaman Utama
- Revisi Covid
- E-Performance**
 - Dashboard
 - Dokumen Perencanaan
 - Input Dokumen Perencanaan
 - List Dokumen Perencanaan
 - Laporan Kinerja
 - Perencanaan
 - Capaian
 - User Menu
 - Logout

List Tahunan

Kementerian: KEWENTERIAN KESEHATAN
 Unit: DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
 Satker: RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA

Can Perencanaan Tahunan

SATKER	File RENJA (.pdf)	File PK (.pdf)	File RAK (.pdf)	Status	Veril
RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA	RENJA	PK	RAK	ABST	4
RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA	RENJA	PK	RAK	File RAK	3
RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA	Data tidak tersedia	PK	Data tidak tersedia	File RAK	2
RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA	RENJA	Data tidak tersedia	RAK	File RAK	1

Browser address: e-renggar.kemkes.go.id/index.php/e-performance/performance/cascading_dalam/415432/5

Page Title: E-RENGGAR | RS FATMAWATI_PERFORMANCE | 2021

Left Menu:

- Halaman Utama
- Revisi Covid
- E-Performance**
- User Menu
- Logout

List Cascading Target

PERFORMANCE

Show 10 entries

No	Program/Kegiatan	Indikator Program/Kegiatan	Januari			Februari			Target
			Target	Capaian	Persentase	Target	Capaian	Persentase	
1	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	Cash Ratio	75.85	4713.37	6214	75.85	2637.89	3604	75.85
2	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	Current Ratio	212.10	6062.06	2868	212.10	3768.05	1761	212.10
3	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan eksternal meningkat	Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat	81.00	81.20	100	81.00	80.30	100	81.00
	Terwujudnya	Angka kepuasan							