



**Kemenkes**  
**RS Radjiman Wediodiningrat**

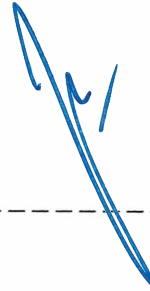


# LAPORAN KINERJA TA 2023

Laporan Kinerja (LKj) 2023  
RSJ DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

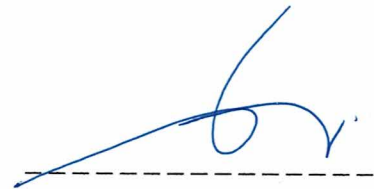
TELAH DITELAAH OLEH DIREKSI :

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



---

2. Direktur Medik dan Keperawatan  
**Dr. dr. YOUT SAVITHRI, MARS**  
NIP. 197507172003122002



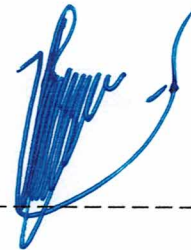
---

3. Direktur Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional  
**Nurul Sri Hidayati Rini, SE, MMRS, Ak**  
NIP. 196510261987032001



---

4. Direktur SDM, Pendidikan, dan Penelitian  
**dr. Mukti Eka Rahadian, MARS, MPH**  
NIP. 197302062006041001



---

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT, atas segala rahmat dan ridho-Nya, bahwa RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah menyelesaikan penyusunan Laporan Kinerja (LKj) Tahun 2023. Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) Tahun 2023 ini adalah tahun keempat pelaporan sesuai dengan RSB RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020 - 2024 dan RBA Tahun 2023. Laporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai instansi pemerintah dalam mewujudkan visi, misi, dan tujuan organisasi dengan berpedoman pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014, tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

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

Terima kasih disampaikan kepada seluruh unit kerja yang telah membantu dalam proses pengumpulan data, memonitoring, mengevaluasi, serta memvalidasi data sehingga tersusun "Laporan Kinerja (LKj) Tahun 2023 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang". Saran dan masukan yang konstruktif, kami perlukan untuk melakukan perbaikan di masa yang akan datang. Semoga laporan ini dapat memberikan nilai manfaat bagi kita semua.

Lawang, Januari 2024  
Direktur Utama

**dr. Yuniar, Sp.KJ, MMRS**  
NIP 196808171996032005

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GRAFIK.....	ix
RINGKASAN EKSEKUTIF.....	xi
BAB I.....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Maksud dan Tujuan Laporan .....	1
1.3 Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi.....	2
1.4 SDM.....	6
1.5 Dasar Hukum.....	7
1.6 Peran Strategis.....	8
1.7 Sistematika Laporan.....	12
BAB II.....	14
2.1 Perencanaan Kinerja .....	14
2.2 Indikator Kinerja Utama (IKU).....	18
2.3 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) .....	21
2.4 Indikator Kinerja Individu (IKI).....	21
2.5 BLU Maturity Rating.....	23
2.6 Indikator Mutu.....	24
BAB III.....	33
3.1 Capaian Kinerja Organisasi .....	33
3.1.1 Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2020-2023 .....	35
3.1.2 Capaian Perjanjian Kinerja Tahun 2023.....	43
3.1.3 Capaian Kinerja berdasarkan Kontrak Kinerja Tahun 2023.....	113
3.1.4 Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2023 .....	115
3.1.5 BLU Maturity Rating.....	121
3.1.6 Capaian Indikator Mutu.....	122
3.2 Realisasi Anggaran.....	151
BAB IV.....	157
4.1 Kesimpulan .....	157
4.2 Langkah-Langkah Meningkatkan Kinerja.....	160

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 1 Struktur Organisasi ..... 5

Gambar 2 Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2023 ..... 151

Gambar 3 Laporan Operasional (periode yang berakhir 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022) ..... 153

Gambar 4 Laporan Perubahan Ekuitas untuk periode yang berakhir 31 Desember 2023 dan 2022 ..... 154

Gambar 5 Neraca Per 31 Desember 2023 dan 2022 ..... 155

## DAFTAR TABEL

Tabel 1 Jumlah Pegawai berdasarkan Jenis Ketenagaan Per 31 Desember 2023 .....	6
Tabel 2 Jumlah Tenaga Medis Per 31 Desember 2023 .....	6
Tabel 3 Jumlah Tenaga Penunjang Medis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Per 31 Desember 2023 .....	7
Tabel 4 Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan Per 31 Desember 2023 .....	7
Tabel 5 Nilai-Nilai Budaya Kerja .....	9
Tabel 6 Indikator Kinerja Utama (IKU) RSJ DR. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020-2024 .....	14
Tabel 7 Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2023.....	18
Tabel 8 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2023.....	21
Tabel 9 Indikator Kinerja Individu (IKI) .....	22
Tabel 10 Daftar Indikator Tingkat Maturitas .....	23
Tabel 11 Daftar Indikator Mutu Unit Kerja .....	24
Tabel 12 Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2020 s.d 2023 .....	36
Tabel 13 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat Tahun 2022 dan 2023.....	43
Tabel 14 Capaian Kecepatan Respon terhadap Komplain Tahun 2022 dan 2023 .....	46
Table 15 Capaian Proporsi Peningkatan Pemanfaatan Layanan Promotif dan Preventif Subspesialistik yang Berorientasi pada Optimalisasi Kualitas Hidup Tahun 2022 dan 2023	48
Tabel 16 Capaian Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Psikogeriatri Tahun 2022 dan 2023 .....	50
Tabel 17 Capaian Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup pada Warga Lansia di Wilayah Binaan Tahun 2022 dan 2023.....	51
Tabel 18 Tabel Capaian Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional.....	53
Table 19 Pendapatan penelitian bulan Desember 2023.....	57
Table 20 Pertumbuhan pendapatan s.d Desember 2023 .....	58
Table 21 Persentase capaian dibanding target .....	58
Table 22Tabel Capaian Terwujudnya Jejaring Penelitian dalam Kesehatan Jiwa Tahun 2022 dan 2023.....	58
Tabel 23 Kerjasama penelitian dan judul penelitian .....	59
Tabel 24 Capaian Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan dalam Kesehatan Jiwa Tahun 2022 dan 2023.....	62
Tabel 25 Capaian Peningkatan Proporsi Jumlah Pasien yang Dirujuk Oleh Jejaring Kemitraan Tahun 2022 dan 2023.....	64
Table 26 Capaian Tercapainya Peningkatan Kompetensi RS yang Diampu RSJRW dalam Layanan Psikogeriatri Tahun 2022 dan 2023.....	66

Table 27 Capaian Jumlah Inovasi Pada Unit Kerja yang Berorientasi pada Service Excellent Tahun 2022 dan 2023.....	68
Tabel 28 Capaian Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa Tahun 2022 dan 2023.....	69
Tabel 29 Capaian Persentase Perilaku Pegawai sesuai Budaya Kinerja Tahun 2022 dan 2023 .....	71
Tabel 30 Capaian Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2022 dan 2023.....	73
Table 31 Capaian Terakreditasi Internasional Tahun 2022 dan 2023 .....	74
Tabel 32 Capaian Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT .....	76
Tabel 33 Capaian OEE (Overall Equipment Effectiveness) Tahun 2022 dan 2023 .....	77
Tabel 34 Capaian OEE Semester I tahun 2023 .....	78
Table 35 Capaian OEE Semester II tahun 2023 .....	79
Table 36 Capaian Persentase Pemanfaatan Aset untuk Meningkatkan Mutu Layanan dan Pendapatan Tahun 2022 dan 2023.....	80
Table 37 Capaian Persentase Kompetensi Pegawai yang Sesuai Standar Tahun 2022 dan 2023 .....	81
Table 38 Capaian Persentase Hasil Penilaian Komponen Kualitas dan Perilaku Kinerja Sesuai Standar Tahun 2022 dan 2023.....	83
Table 39 Capaian Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 dan 2023.....	84
Table 40 Capaian Tingkat Pertumbuhan Pendapatan Tahun 2022 dan 2023 .....	86
Table 41 Capaian Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$ .....	88
Tabel 42 Capaian Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2023 .....	89
Tabel 43 Capaian Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal Tahun 2023 .....	90
Tabel 44 Capaian Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan Tahun 2023 .....	91
Tabel 45 Capaian Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2023.....	92
Tabel 46 Capaian Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP Tahun 2023 .....	93
Tabel 47 Capaian Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional Tahun 2023 .....	94
Tabel 48 Capaian Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar Tahun 2023.....	95
Tabel 49 Capaian Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023 .....	96

Tabel 50 Capaian Penundaan waktu Operasi Elektif Tahun 2023.....	97
Tabel 51 Capaian Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Tahun 2023 .....	98
Tabel 52 Capaian Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI Tahun 2023 .....	99
Tabel 53 Capaian Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia Tahun 2023 .....	100
Tabel 54 Capaian Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup Tahun 2023 .....	101
Tabel 55 Capaian Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 .....	103
Tabel 56 Capaian Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2023.....	104
Tabel 57 Capaian Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital Tahun 2023 .....	104
Tabel 58 Capaian Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi Tahun 2023 .....	105
Tabel 59 Capaian Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 .....	106
Tabel 60 Capaian Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023 .....	107
Tabel 61 Capaian Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023..	108
Tabel 62 Capaian Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023....	110
Tabel 63 Capaian Persentase nilai EBITDA Margin Tahun 2023 .....	112
Table 64 Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan I – II Tahun 2023.....	113
Table 65 Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan III – IV Tahun 2023 .....	114
Tabel 66 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Januari – Maret Tahun 2023 .....	115
Tabel 67 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan April – Juni Tahun 2023...	116
Tabel 68 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Juli – September Tahun 2023 .....	118
Tabel 69 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Oktober – Desember Tahun 2023 .....	119
Tabel 70 Tabel Tingkat Maturitas BLU Tahun 2022 dan 2023 .....	121



## DAFTAR GRAFIK

Grafik 1 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat dibandingkan dengan Target.	43
Grafik 2 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat Januari-Desember 2023.....	44
Grafik 3 Capaian Kecepatan Respon terhadap Komplain dibandingkan dengan Target .....	46
Grafik 4 Capaian Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 .....	48
Grafik 5 Capaian Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri dibandingkan dengan Target Tahun 2020 – 2023 .....	50
Grafik 6 Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup pada Warga Lansia di Wilayah Binaan dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023.....	52
Grafik 7 Capaian Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 .....	54
Grafik 8 Terwujudnya Jejaring Penelitian dalam Kesehatan Jiwa dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 .....	59
Grafik 9 Capaian Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan dalam Kesehatan Jiwa dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023.....	63
Grafik 10 Capaian Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023.....	65
Grafik 11 Capaian Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 .....	66
Grafik 12 Capaian Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada service excellent dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023.....	68
Grafik 13 Capaian Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023.....	70
Grafik 14 Capaian Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 .....	71
Grafik 15 Capaian Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 .....	73
Grafik 16 Capaian Terakreditasi Internasional dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 .....	74
Grafik 17 Capaian Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT dibandingkan dengan Target Tahun 2020 – 2023.....	76
Grafik 18 Capaian OEE (Overall Equipment Efectiveness) dibandingkan dengan Target ....	78
Grafik 19 Capaian Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 .....	80

Grafik 20 Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023 ..... 81

Grafik 21 Capaian Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2022..... 83

Grafik 22 Capaian Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023..... 85

Grafik 23 Capaian Tingkat Pertumbuhan Pendapatan dibandingkan dengan Target ..... 86

Grafik 24 Capaian Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023..... 88

## RINGKASAN EKSEKUTIF

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah ditetapkan sebagai instansi PPK BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/MenKes/SK/VI/ 2007 serta Surat Keputusan Menteri Keuangan No.284/KMK.05/2007. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Rumah Sakit Vertikal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal. Rumah Sakit Vertikal secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh Sekretaris Direktorat Jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya. RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat (RSKP) Tipe III.

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang ditetapkan kembali ijin operasionalnya dengan klasifikasi Rumah Sakit Jiwa Kelas A melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/I/0894/2020 tanggal 20 Maret 2020. Pada tanggal 5 Februari 2023, RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang berhasil memperoleh sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan tingkat kelulusan Paripurna dan berlaku sampai dengan 11 Januari 2027 dengan nomor : KARS-SERT/853/I/2023. Serta pada Bulan April 2023 juga sudah dilakukan sertifikasi ISO 9001:2015 dan dinyatakan lulus dengan bukti adanya sertifikat ISO 9001:2015, nomor : ID05/00540.

Pada tahun 2023 ditetapkan standar kinerja terdiri dari :

- Perjanjian Kinerja Tahun 2023 antara Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI dalam Indikator Kinerja Utama (IKU) yang terdiri dari 45 Indikator kinerja dan pengelolaan anggaran sebesar Rp. 136.159.150.000.
- Kontrak Kinerja Direktur Utama Tahun 2023 antara Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan Dirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan yang terdiri dari 10 indikator.
- Indikator Kinerja Individu (IKI) sesuai dengan Peraturan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/I/1828/2019 tentang pedoman teknis penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan yang terdiri dari 18 indikator

Hasil capaian kinerja merupakan pencapaian selama tahun 2023 berdasarkan target yang telah ditentukan, capaian kinerja tahun 2023 antara lain sebagai berikut:

- 37 indikator IKU RSB tercapai antara lain Tingkat kepuasan pasien dan Masyarakat, Kecepatan respon terhadap komplain, Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup,

Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri, optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan, Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional, Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa, Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri, Jumlah inovasi oleh unit kerja yang berorientasi pada *service excellent*, Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa, Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kerja, Terakreditasi International, Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT, OEE (Overall Equipment Effectivitness), Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan, Persentase kompetensi pegawai sesuai standar, Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar, Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal, Tingkat pertumbuhan pendapatan, Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional  $\geq 45\%$ , Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar, Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal, Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan, Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran, Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional, Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar, Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, Penundaan waktu Operasi Elektif, Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik, Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI, Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia, Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup, Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indicator, Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol, Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital, serta Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi, serta Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

- 8 indikator IKU RSB tidak tercapai antara lain Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa, Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan, Tercapainya indikator mutu unit kerja, Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU, Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni, Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU, dan Persentase nilai EBITDA Margin
- Indikator Kinerja Terpilih (IKT) yang dilaporkan pada Triwulan I tahun 2023 sejumlah 5 indikator. Pencapaian IKT Triwulan I tahun 2023 dengan nilai 106,80% (IKI Direktur Utama = 1,70)

- Indikator Kinerja Terpilih (IKT) yang dilaporkan pada Triwulan II tahun 2023 sejumlah 8 indikator. Pencapaian IKT Triwulan II tahun 2023 dengan nilai 113,21% (IKI Direktur Utama = 2,40)
- Indikator Kinerja Terpilih (IKT) yang dilaporkan pada Triwulan III tahun 2023 sejumlah 5 indikator. Pencapaian IKT Triwulan III tahun 2023 dengan nilai 111,60% (IKI Direktur Utama = 2,20)
- Indikator Kinerja Terpilih (IKT) yang dilaporkan pada Triwulan IV tahun 2023 sejumlah 10 indikator. Pencapaian IKT Triwulan IV tahun 2023 dengan nilai 111,48% (IKI Direktur Utama = 2,20)
- Pada tahun 2023 terdapat capaian iki yang tidak mencapai skor 100 yaitu pada bulan Januari hingga Maret. Pada 3 bulan tersebut indikator Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB) mendapatkan nilai kurang dari 37% sehingga mendapatkan skor 80.
- Realisasi Pendapatan Negara pada TA 2023 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp. 60.571.376.352 atau mencapai 94,87 persen dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp 63.845.241.000.
- Realisasi Belanja Negara pada TA 2023 adalah sebesar Rp 128.825.708.742 atau mencapai 90,02 persen dari alokasi anggaran sebesar Rp 143.100.077.000.

Atas capaian kinerja pada tahun 2023 telah dilaksanakan evaluasi dan rencana tindak lanjut agar pada tahun yang akan datang tetap bisa mempertahankan dan bahkan dapat meningkatkan capaian kerjanya.

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah ditetapkan sebagai instansi PPK BLU berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/MenKes/SK/VI/ 2007 serta Surat Keputusan Menteri Keuangan No.284/KMK.05/2007. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Rumah Sakit Vertikal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal. Rumah Sakit Vertikal secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh Sekretaris Direktorat Jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya. RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang ditetapkan sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat (RSKP) Tipe III.

Peningkatan kinerja pelayanan juga dipersyaratkan untuk memenuhi azas kepastian hukum, tertib penyelenggaraan negara, kepentingan umum, keterbukaan, proporsionalitas, dan akuntabilitas yang diwujudkan dalam bentuk Laporan Akuntabilitas Kinerja tahun 2023 mengacu kepada Rencana Strategis Bisnis (RSB 2020-2024). Azas akuntabilitas adalah azas yang menentukan bahwa setiap kegiatan dan hasil akhir dari kegiatan penyelenggaraan tugas pokok dan fungsi organisasi harus dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan petunjuk teknis penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja.

#### **1.2 Maksud dan Tujuan Laporan**

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

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

Maksud penyusunan laporan adalah agar diperoleh data dan bahan informasi penilaian atas pencapaian kinerja organisasi yang disajikan dalam bentuk analisis capaian kinerja dari masing-masing direktorat sesuai dengan pernyataan penetapan kinerja. Penyusunan dan penyampaian Penetapan Kinerja, serta Laporan Kinerja (LKj) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2023 juga dimaksudkan agar sesuai peraturan perundang-undangan dan disampaikan tepat waktu.

Tujuan penyusunan Laporan Kinerja adalah:

1. Untuk mengetahui capaian kinerja sesuai dengan indikator program yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis / RSB tahun 2020-2024 dan RBA tahun 2023.
2. Untuk mengetahui keberhasilan program yang telah ditetapkan
3. Untuk mengetahui beberapa hambatan dan kegagalan dalam mencapai target yang telah ditetapkan
4. Untuk menentukan langkah terobosan dan tindak lanjut penyelesaian masalah.
5. Untuk mewujudkan pelayanan prima, kepuasan pelanggan dan perbaikan yang berkesinambungan sesuai dengan visi dan misi organisasi.

### **1.3 Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Rumah Sakit Vertikal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal. Rumah Sakit Vertikal secara administratif dikoordinasikan dan dibina oleh Sekretaris Direktorat Jenderal dan secara teknis fungsional dibina oleh direktur di lingkungan Direktorat Jenderal sesuai dengan tugas dan fungsinya.

RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai Rumah Sakit Khusus Pusat (RSKP) mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, RSKP menyelenggarakan fungsi

- a. Penyusunan rencana, program dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
- c. Pengelolaan pelayanan non medis;
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan;
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;

- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- j. Pengelolaan sistem informasi;
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

Selain melaksanakan fungsi tersebut, RSKP yang menerapkan PPK-BLU dapat melakukan pengelolaan layanan pengadaan barang dan jasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

RSKP dipimpin oleh Direktur Utama. Susunan organisasi RSKP tipe III terdiri atas:

1. Direktorat Medik dan Keperawatan

Direktorat Medik dan Keperawatan sebagaimana mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, keperawatan, dan nonmedis.

Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Medik dan Keperawatan menyelenggarakan fungsi:

- a. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
- b. pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat;
- c. pengelolaan pelayanan nonmedis;
- d. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; dan
- e. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Susunan organisasi Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri atas kelompok jabatan fungsional, instalasi, dan kelompok staf medis.

2. Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan.

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan.

- a. penataan organisasi dan tata laksana;
- b. pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia;
- c. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- d. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan



e. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Susunan organisasi Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian terdiri atas kelompok jabatan fungsional dan instalasi.

3. Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional.

Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional mempunyai tugas melaksanakan urusan perencanaan, pengelolaan keuangan, dan layanan operasional.

Dalam melaksanakan tugas, Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional menyelenggarakan fungsi:

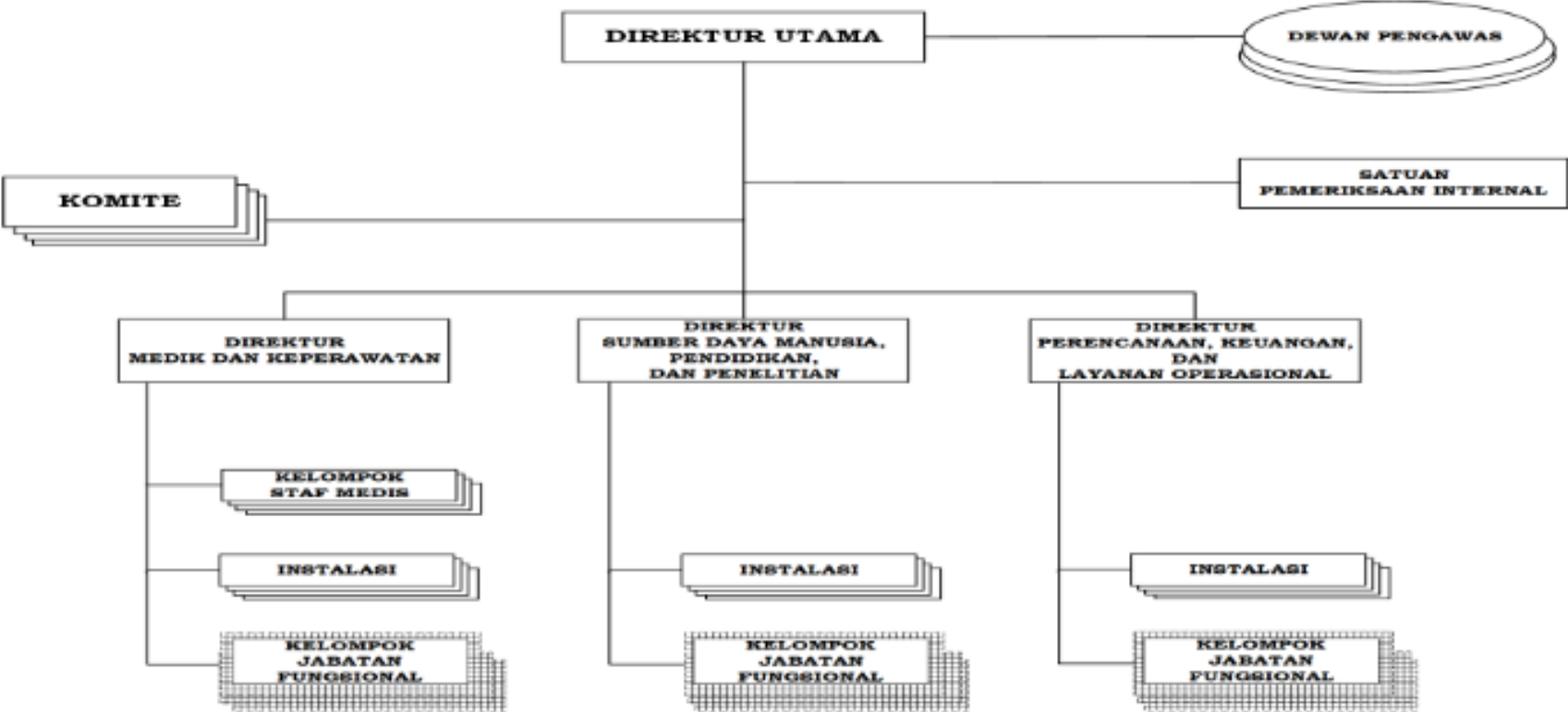
- a. penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- c. pelaksanaan urusan perbendaharaan;
- d. pelaksanaan anggaran;
- e. pelaksanaan urusan akuntansi;
- f. pengelolaan barang milik negara;
- g. pengelolaan sistem informasi rumah sakit;
- h. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- i. pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana;
- j. pemeliharaan dan perbaikan alat medis;
- k. pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit;
- l. pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit;
- m. pengelolaan layanan keamanan rumah sakit;
- n. pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan;
- o. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit; dan
- p. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

Susunan organisasi Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

Gambar 1 Struktur Organisasi

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR : 26 TAHUN 2022  
TENTANG : ORGANISASI DAN TATA KERJA RUMAH SAKIT DI LINGKUNGAN KEMENTERIAN KESEHATAN  
Tanggal : 16 September 2022

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT KHUSUS PUSAT TIPE III



## 1.4 SDM

Keadaan Sumber Daya Manusia di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang per 31 Desember 2023 sebagai berikut:

**Tabel 1 Jumlah Pegawai berdasarkan Jenis Ketenagaan Per 31 Desember 2023**

No	Jenis Ketenagaan	PNS	PPPK	BLU	PJLP	MITRA	Total
1.	Direksi	4	0	0	0	0	4
2.	Medis	45	0	1	1	2	49
3.	Perawat	343	13	4	28	0	388
4.	Penunjang Medis	125	7	1	6	0	139
5.	Administrasi	105	7	0	45	0	157
<b>Total</b>		<b>622</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>80</b>	<b>2</b>	<b>737</b>

**Tabel 2 Jumlah Tenaga Medis Per 31 Desember 2023**

No	Jenis Tenaga Medis	PNS	PPPK	BLU	PJLP	Mitra	Total
1.	Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Anak	1	0	0	0	0	1
2.	Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Geriatri	1	0	0	0	0	1
3.	Dokter Sub Spesialis Penyakit Dalam Geriatri	1	0	0	0	0	1
4.	Dokter Sub Spesialis Kedokteran Jiwa Forensik	1	0	0	0	0	1
5.	Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa	16	0	1	0	0	17
6.	Dokter Spesialis Bedah	1	0	0	0	0	1
7.	Dokter Spesialis Anestesi	1	0	0	0	0	1
8.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	0	0	0	0	1	1
9.	Dokter Spesialis Radiologi	1	0	0	0	0	1
10.	Dokter Spesialis Syaraf	2	0	0	0	0	2
11.	Dokter Spesialis THT - KL	1	0	0	0	0	1
12.	Dokter Spesialis Patologi Klinik	2	0	0	0	0	2
13.	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	0	0	0	0	1	1
14.	Dokter Spesialis Paru	1	0	0	0	0	1
15.	Dokter Umum MMRS	2	0	0	0	0	2
16.	Dokter Umum	11	0	0	1	0	12
17.	Dokter Gigi	1	0	0	0	0	1
18.	Dokter PPDS	2	0	0	0	0	2
<b>Total</b>		<b>45</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>49</b>

**Tabel 3 Jumlah Tenaga Penunjang Medis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Per 31 Desember 2023**

No	Jenis Tenaga Penunjang Medis	PNS	PPPK	BLU	PJLP	Mitra	Total
1.	Apoteker	13	1	0	0	0	14
2.	Asisten Apoteker	17	0	0	0	0	17
3.	Fisikawan Medis	1	0	0	0	0	1
4.	Penyuluh Kesehatan	2	0	0	0	0	2
5.	Psikologi Klinis	9	0	0	0	0	9
6.	Fisioterapi	8	0	0	0	0	8
7.	Nutrisionis	14	1	0	0	0	15
8.	Okupasi Terapi	9	0	1	0	0	10
9.	Perekam Medis	15	0	0	5	0	20
10.	Laboratorium	9	1	0	1	0	11
11.	Radiografer	6	1	0	0	0	7
12.	Sanitarian	10	0	0	0	0	10
13.	Teknisi Elektromedis	5	0	0	0	0	5
14.	Terapis Gigi dan Mulut	2	0	0	0	0	2
15.	Terapis Wicara	2	0	0	0	0	2
16.	Pekerja Sosial	3	3	0	0	0	6
<b>Total</b>		<b>125</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>139</b>

**Tabel 4 Jumlah Pegawai berdasarkan Pendidikan Per 31 Desember 2023**

No	Jenjang Pendidikan	PNS	PPPK	BLU	PJLP	Mitra	Total
1.	S3	5	0	0	0	0	5
2.	S2	49	0	1	0	2	52
3.	S1	243	8	0	22	0	273
4.	D.IV	39	0	0	0	0	39
5.	D.III	239	19	5	40	0	303
6.	D.I	7	0	0	0	0	7
7.	SLTA	38	0	0	18	0	56
8.	SLTP	2	0	0	0	0	2
<b>Total</b>		<b>622</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>80</b>	<b>2</b>	<b>737</b>

### 1.5 Dasar Hukum

Adapun dasar hukum sebagai acuan penyusunan Laporan Kinerja (LKj) ini adalah sebagai berikut:

1. UU No. 28 Th 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme;
2. Inpres No. 7 Th 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Peraturan Menteri PAN dan RB No. 29 tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan

Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;

4. Peraturan Menteri PAN dan RB No. 35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
5. Peraturan Menkes RI No. 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
6. Peraturan MenPAN dan RB No. 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. Peraturan MenPAN dan RB No. 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah

## 1.6 Peran Strategis

- 1) Visi, Misi dan Nilai Budaya Rumah Sakit

**Visi :**

***“ Tercapainya peningkatan kualitas hidup melalui layanan kesehatan jiwa komprehensif “.***

**Misi :**

1. Meningkatkan upaya promotif, preventif, dan intervensi dini melalui pendekatan sub spesialisik untuk meningkatkan kapasitas mental pada seluruh rentang usia.
  2. Meningkatkan kesejahteraan jiwa dan kualitas hidup warga usia lanjut melalui pelayanan medik komprehensif.
  3. Mengembangkan pendidikan, pelatihan, dan penelitian kesehatan jiwa yang unggul, terintegrasi dan berdaya saing.
  4. Memantapkan tata kelola organisasi yang efektif, efisien, bersih dan inovatif.
  5. Meningkatkan akses pelayanan kesehatan jiwa melalui kemitraan lintas sektor
- 
- 2) Budaya Kerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang  
Untuk mewujudkan pelayanan prima, maka perilaku utama tersebut dirumuskan menjadi budaya kerja “S√GAP ”: yaitu dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan senantiasa dilandasi oleh perilaku sigap.  
**S** - **Siap** wujudkan WBK dan WBBM  
**√** - **Integritas:** jujur, beretika, dan bertanggungjawab  
**G** - **Giat,** rajin, dan bersemangat dalam bekerja  
**A** - **Aktif,** cepat tanggap dan produktif  
**P** - **Profesional,** kreatif dan inovatif  
  
**√ =** Tanda cek sebagai pengganti huruf “I” yang bermakna pemberian proses layanan harus selalu dicek ulang sesuai prinsip PDCA baik dalam standar mutu ISO maupun SNARS. Sedangkan warna merah adalah tetap semangat dan termotivasi tinggi.

Motto RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat adalah : **P A S T I**

**P** - Profesional adalah modalku.

**A** - Anda puas adalah tekadku.

**S** - Sejahtera bersama adalah tujuanku.

**T** - Teknologi Kedokteran Modern adalah Sarana Kemajuanku.

**I** - Informasi dan komunikasi adalah alat mempercepat pelaksanaan tugasku.

Nilai-nilai budaya kerja yang diterapkan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam melaksanakan tugas sehari-hari adalah sebagai berikut :

**Tabel 5 Nilai-Nilai Budaya Kerja**


<b>Nilai Nilai</b>	<b>Makna</b>	<b>Perilaku Utama</b>
<b>Responsif</b>	Pelayanan diberikan sesuai dengan kebutuhan dan keinginan masyarakat, serta tanggap dalam mengatasi permasalahan kesehatan jiwa yang berbasis masyarakat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ramah</li><li>• Komunikatif</li><li>• Bersikap cepat tanggap</li><li>• Aktif, cekatan</li></ul>
<b>Berkeadilan</b>	Pelayanan diarahkan untuk diperolehnya derajat kesehatan jiwa, raga dan sosial setinggi-tingginya bagi setiap orang sebagai salah satu hak azasi manusia tanpa membedakan suku, golongan, agama dan status sosial ekonomi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Berpikir kreatif dan inovatif</li><li>• Profesional,</li><li>• Peduli</li><li>• Pemberian hak pasien</li></ul>
<b>Akuntable</b>	Diselenggarakan oleh tenaga kesehatan yang professional yang dapat dipertanggungjawabkan secara etik, moral dan peraturan perundangan yang berlaku serta sesuai dengan kaidah ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran modern.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Berorientasi pada mutu</li><li>• Tertib dan teratur</li><li>• Integritas</li><li>• Siap wujudkan WBK/WBBM</li><li>• Tanggung jawab</li></ul>


### 3) Permasalahan Utama (Strategic Issued)

Beberapa permasalahan dan hambatan yang dihadapi RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat pada tahun 2023, antara lain :

#### a. Direktorat Medik dan Keperawatan

1. Okupasi VIP yang rendah yaitu hanya 2 (dua) tempat tidur dibandingkan dengan jumlah total kapasitas tempat tidur yaitu 372
2. Operasional VIP hanya dilakukan di klinik kesehatan Jiwa dan Medical Check Up

- 
3. Penyebab BOR rendah antara lain karena belum optimalnya rujukan dari jejaring di masyarakat, serta kurangnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya rujukan sesuai dengan indikasi.
  4. Faktor terjadinya reaksi transfusi antara lain disebabkan beberapa pasien mengalami reaksi alergi pasca transfusi
  5. Penyebab pasien lari diantaranya adanya penerimaan pasien baru yang belum diiringi dengan pengawasan ketat pasien yang ada di Ruang Rawat Inap. Pada saat menerima pasien baru yang membutuhkan perhatian, pintu ruangan dibuka, sehingga pada pasien yang masih kurang kooperatif memanfaatkan situasi dengan berusaha melarikan diri lewat pintu yang terbuka tersebut
  6. Waktu tunggu di Klinik Saraf belum mencapai target. Hal ini dikarenakan waktu mulai layanan dokter di Klinik Saraf yang tidak sesuai dengan jam buka layanan, disamping durasi pemeriksaan dan tindakan di klinik tersebut yang memerlukan waktu lebih relatif lama.
  7. Waktu tunggu di Klinik Rehabilitasi Fisik belum mencapai target dikarenakan dokter merupakan dokter tamu dengan jadwal layanan 2 kali seminggu, sehingga antrian pasien di dua hari tersebut lebih banyak.
  8. Adanya regulasi BPJS terkait Program Rujuk Balik dengan target 200 pasien per tahun, regulasi rujukan berjenjang dimana RSJRW merupakan faskes tingkat 3 sedangkan di faskes tingkat 2 sudah banyak yang membuka layanan psikiatri.
  9. Jarak antara pengumuman untuk kelulusan seleksi administrasi PPPK dengan upload dokumen sekitar 3 minggu sehingga tidak semua pelanggan yang membutuhkan surat keterangan sehat dapat diakomodir. Kemampuan perhari untuk layanan surat sehat 110 pelanggan.
  10. Semakin banyaknya lembaga psikologi dan menawarkan harga dibawah tarif RSJRW
  11. Regulasi untuk rujukan berjenjang JKN sehingga RSJ menjadi sulit untuk menerima rujukan dari FKTP. Sedangkan di area sekitar terdapat RS lain yang juga memiliki jenis pelayanan yang sama dan menjadi RS rujukan untuk JKN.
  12. Pasien dengan pembiayaan umum masih enggan untuk melakukan konsultasi gizi
  13. Beberapa alat telah mengalami penurunan performa dikarenakan usia penggunaan alat
  14. oleh layanan MCU yang terbatas baik dalam hal alat maupun SDM, sedangkan saat ini pengguna layanan semakin bervariasi dalam jenis pemeriksaan kesehatan yang diperlukan.
  15. Dibutuhkan jejaring Kesehatan jiwa yang mampu memberikan edukasi dan pelayanan di daerah yang sulit mendapatkan akses pelayanan Kesehatan jiwa

- 
16. Kurangnya pemahaman target layanan di IGD, yakni sekitar RSJ Lawang bahwa pelayanan di IGD juga meliputi penanganan kasus non psikiatri. Sehingga dengan adanya pembangunan IGD baru, jumlah kunjungan kasus non psikiatri tidak ada peningkatan yang bermakna.
  17. MOU dengan jejaring kemitraan yang perlu diperbarui
  18. terkait pelayanan ECT Mecta/premedikasi yang mana kunjungan tidak dapat dimaksimalkan dikarenakan terbenturnya *over billing* pada pasien BPJS yang mana menimbulkan beberapa pertimbangan jika pasien akan dikirim tindakan ECT
  19. Layanan farmasi dihadapkan pada tantangan dimana ketersediaan obat dan BMHP harus sesuai kebutuhan akan tetapi juga harus efisien dengan menekan angka *expired* obat dan BMHP sehingga tidak menimbulkan risiko kerugian untuk RS.
  20. Kebijakan BPJS yang menerapkan system rujukan hanya 1x dalam tiap kunjungan membuat penurunan kunjungan pasien rawat jalan yang dirujuk ke poli gizi untuk konseling.


b. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian

1. pengiriman jumlah dan penjadwalan peserta didik kedokteran masih tergantung kalender akademik institusi dan target kompetensi dari masing-masing institusi.
2. belum terakreditasinya RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat sebagai institusi pelatihan yang terakreditasi, masih perlu pengampu instansi/unit seperti bapelkes yang terakreditasi untuk melaksanakan kegiatan pelatihan yang terakreditasi.
3. Untuk melaksanakan pelatihan revenue harus dengan kerjasama dengan organisasi profesi atau pihak ketiga berdasarkan aturan yang ada saat ini.

c. Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional

1. Laporan yang masuk ke Tim Kerja PPAE tidak tepat waktu pada tahun 2023 diantaranya dikarenakan laporan dari unit kerja tersampaikan ke Tim Kerja PPAE lebih dari tgl 5 setiap bulannya. Selain itu tanggal 5 bertepatan dengan hari libur sehingga unit kerja baru mengirimkan laporan pada hari kerja yang mengakibatkan laporan tidak tepat waktu.
2. Rekonsiliasi penyerapan anggaran dilakukan oleh PPAE, Keuangan dan PPK sebagai eksekusi anggaran. Sering adanya selisih anggaran perlu segera dicari agar balance sedini mungkin karena jika sudah terjadi banyak selisih diperlukan waktu lama dalam penyelesaiannya.



- 
3. SDM pengelola gudang barang berkurang karena telah mencapai purna tugas, sehingga dibutuhkan SDM pengganti pengelola gudang, selain itu peningkatan kompetensi dalam hal penguasaan teknologi terutama operasional aplikasi *inventory* juga diperlukan untuk meningkatkan kinerja.
  4. Bangunan / Gedung lama banyak yang mengalami kerusakan terutama pada atap bangunan.
  5. Untuk kegiatan pemeliharaan rutin terjadi keterlambatan ketersediaan bahan bangunan
  6. Pipa lama yang merupakan jaringan pipa air bersih sejak jaman Belanda keropos.
  7. Tidak adanya peta jaringan pipa air bersih
  8. Tidak tersedianya cadangan jaringan air bersih
  9. Tidak adanya peta jaringan Listrik dan tidak tersedianya cadangan Listrik
  10. Monitoring belum dilaksanakan sesuai jadwal yang telah dibuat. Menindaklanjuti hasil audit SGS pada Maret 2022 maka dilakukan perubahan jadwal monitoring dan penyesuaian ceklist monitoring mengacu pada regulasi yang ada serta personil yang melakukan monitoring.
  11. Penerapan Kawasan Tanpa Rokok belum tercapai karena berkaitan dengan perilaku dan kepatuhan seseorang terhadap peraturan. Sehingga diperlukan koordinasi dan kerjasama dengan berbagai pihak terkait untuk mewujudkan capaian indikator.
  12. Jumlah Surat Perintah Pengadaan (SPP) yang diterbitkan PPK tidak sesuai dengan target yang ditetapkan UKPBJ.
  13. Ada paket Pengadaan Langsung yang masuk dalam E Purchasing

### **1.7 Sistematika Laporan**

Sistematika penulisan Laporan Kinerja (LKj) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2023 sebagai berikut :

Kata Pengantar

Daftar Isi

Daftar Tabel

Daftar Gambar

#### **Ikhtisar Eksekutif**

Bagian ini berisi rangkuman isi LKj RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2023 berupa tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam renstra dan sejauh mana pencapaiannya selama tahun 2023 beserta analisa keberhasilan dan kegagalan.



## **BAB I PENDAHULUAN**

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

## **BAB II PERENCANAAN KINERJA**

Dalam bab ini diikhtisarkan beberapa hal penting dalam perencanaan dan perjanjian kinerja tahun 2023, meliputi gambaran singkat sasaran strategis dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan sasaran pada tahun 2023, penguraian indikator dan target untuk mengukur kinerja selama tahun 2023.

## **BAB III AKUNTABILITAS KINERJA**

### **1. Capaian Kinerja Organisasi**

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

1. Target dan realisasi kinerja tahun 2023
2. Realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun 2023 dengan tahun 2022
3. Realisasi kinerja tahun 2023 dengan target jangka menengah sesuai RSB 2020-2024
4. Realisasi kinerja tahun 2023 dengan standart nasional
5. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan
6. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian

### **2. Realisasi Anggaran**

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan yang telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen perjanjian kinerja Tahun 2023. Realisasi sesuai dengan Indikator Kinerja kegiatan dan sesuai dengan Mata Anggaran.

## **BAB IV PENUTUP**

Bab ini mengurai kesimpulan umum atas capaian Kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2023 dan rencana tindak lanjut serta rekomendasi untuk meningkatkan kinerja tahun berikutnya

## **LAMPIRAN**

Perjanjian Kinerja Tahun 2023

SK Tim LKj RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

## BAB II

### PERENCANAAN KINERJA

#### 2.1 Perencanaan Kinerja

Perencanaan Kinerja merupakan proses penetapan target, indikator kinerja tahunan dan anggaran berdasarkan program, kebijakan serta sasaran sebagaimana telah ditetapkan dalam Rencana Strategis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2023 untuk mencapai visi misi organisasi.

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

**Tabel 6 Indikator Kinerja Utama (IKU) RSJ DR. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020-2024**

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Satuan	Target IKU				
					2020	2021	2022	2023	2024
<b>Perspektif Konsumen</b>									
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	Prosentase	85%	80%	80%	80%	80%
		2	Kecepatan respon terhadap komplain	Prosentase	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>									
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	3.	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	Prosentase	10%	10%	10%	10%	10%
		4.	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	Prosentase	10%	2%	2%	2%	2%
		5.	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	Prosentase	10%	10%	10%	100%	100%
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6.	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	Jumlah	2	4	6	8	10
		7.	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	Jumlah	1	2	2	2	2
		8.	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	Prosentase	10%	75%	75%	100%	100%
4	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9.	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	Prosentase	40%	50%	60%	75%	85%

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Satuan	Target IKU				
					2020	2021	2022	2023	2024
		10.	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	Prosentase	30%	25%	100%	100%	100%
5	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11.	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	Jumlah	2	6	8	10	12
		12.	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	Prosentase	10%	5%	5%	10%	10%
<b>Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi</b>									
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13.	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	Prosentase	70%	75%	80%	85%	90%
		14.	Tercapainya indikator mutu unit kerja	Prosentase	90%	90%	95%	100%	100%
		15.	Terakreditasi Internasional	Jumlah	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	Re-akreditasi Internasional	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16.	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	Paket	1 Paket	2 Paket	3 Paket	4 Paket	5 Paket
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17.	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	Prosentase	85%	85%	85%	85%	85%
		18.	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	Prosentase	10%	100%	100%	100%	100%
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19.	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	Prosentase	80%	85%	90%	95%	100%
		20.	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	Prosentase	70%	75%	80%	85%	90%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	21.	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal.	Prosentase	-	60%	70%	85%	100%
<b>Perspektif Keuangan</b>									
11	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	22.	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	Prosentase	10%	5%	5%	10%	10%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	23.	Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq 45\%$	Prosentase	$\geq 45\%$	$\geq 45\%$	$\geq 45\%$	$\geq 45\%$	$\geq 45\%$
<b>Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal Turunan Ditjen Yankes</b>									
13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan	24.	Persentase Pemenuhan SPA	Prosentase				95%	

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Satuan	Target IKU				
					2020	2021	2022	2023	2024
	Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan		Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar						
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	25.	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	Prosentase				< 2,5%	
15	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	26.	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	kali				2 kali	
16	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	27.	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Layanan				1	
		28.	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	Prosentase				10%	
17	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	29.	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Layanan				1	
		30.	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Prosentase				70%	
		31.	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Prosentase				≥ 80%	
		32.	Penundaan waktu Operasi Elektif	Prosentase				≤ 3%	
		33.	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Prosentase				≥ 80%	
		34.	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	Prosentase				≥ 80%	
		35.	Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia	Prosentase				≥ 60%	
		36.	Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup	Prosentase				≥ 60%	
18	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	37.	Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator :	Laporan				12	
			1. Kepatuhan kebersihan tangan	Prosentase				≥ 90%	
			2. Kepatuhan penggunaan APD	Prosentase				100%	
			3. Kepatuhan identifikasi pasien	Prosentase				100%	

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama (IKU)	Satuan	Target IKU				
					2020	2021	2022	2023	2024
			4. Waktu tunggu rawat jalan	Prosentase				≥ 80%	
			5. Kepatuhan waktu visit dokter	Prosentase				≥ 80%	
			6. Pelaporan hasil kritis laboratorium	Prosentase				100%	
			7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	Prosentase				≥ 90%	
			8. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	Prosentase				≥ 85%	
		9. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Prosentase				100%		
		38	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Laporan				12 Laporan	
19	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	39	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	Sistem				1	
20	Indikator RPJMN	40	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	Prosentase				100%	
21	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	41	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Prosentase				92,5%	
22	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	42	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Prosentase				95%	
		43	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Prosentase				97%	
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Prosentase				95%	
		45	Persentase nilai EBITDA Margin	Prosentase				10%	

## 2.2 Indikator Kinerja Utama (IKU)

Perencanaan kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Rencana kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2023 yang telah ditetapkan sesuai dengan Rencana Strategis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi. Pada tahun 2023 terdapat penambahan indikator turunan dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Sehingga indikator yang awalnya berjumlah 23 indikator menjadi 45 indikator.

Perencanaan kinerja di bawah ini merupakan dasar bagi kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2023 untuk melaksanakan program atau kegiatan sebagai suatu kinerja aktual. Indikator-indikator, target, dan pagu anggaran RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2023 yang ditetapkan dalam dokumen Perjanjian Kinerja tahun 2023 adalah sebagai berikut:

**Tabel 7 Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2023**

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
<b>Perspektif Konsumen</b>				
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	≥ 80%
		2	Kecepatan respon terhadap komplain	100%
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>				
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	3	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup.	10%
		4	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	2%
		5	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	100%
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	8
		7	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	2
		8	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	100%
4	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan	9	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	75%
		10	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	100%
5	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i> .	10
		12	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	10%
<b>Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi</b>				
6	Terwujudnya transformasi budaya	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	85

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	14	Tercapainya indikator mutu unit kerja	100%
		15	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	4 Paket
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	100
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	95
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	85
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	21	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85
<b>Perspektif Keuangan</b>				
11	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	22	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	23	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional $\geq 45\%$	$\geq 45\%$
<b>Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal Turunan Ditjen Yankes</b>				
13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	24	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	95
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	25	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2.5
15	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	26	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan (untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya)	2 Kali
16	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	27	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		28	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
17	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS	29	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
		30	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%



No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	Vertikal secara optimal	31	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
		32	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		33	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		34	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%
		35	Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia	≥ 60%
		36	Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup	≥ 60%
18	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	37	Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator : 1. Kepatuhan kebersihan tangan 2. Kepatuhan penggunaan APD 3. Kepatuhan identifikasi pasien 4. Waktu tunggu rawat jalan 5. Kepatuhan waktu visit dokter 6. Pelaporan hasil kritis laboratorium 7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional 8. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) 9. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	12 Laporan  ≧90% 100% 100% ≧80% ≧80% 100% ≧90%  ≧85% 100%
		38	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
19	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	39	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem
20	Indikator RPJMN	40	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
21	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	41	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5
		42	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95
		43	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95
		45	Persentase nilai EBITDA Margin	10

No	Kegiatan	Anggaran
1	Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp. 73.488.710.000,-
2	Program Dukungan Manajemen	Rp. 62.670.440.000,-
Total		Rp. 136.159.150.000,-

### 2.3 Indikator Kinerja Terpilih (IKT)

Kontrak Kinerja antara Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan dengan Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2023 sebagai berikut :

**Tabel 8 Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Tahun 2023**

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar				Target 2023			
		TW I	TW II	TW III	TW IV	TW I	TW II	TW III	TW IV
1	Ketersediaan Fasilitas Layanan	N/A	75%	N/A	82,5%	N/A	82,5%	N/A	82,5%
2	Ketepatan Waktu Layanan	60%	70%	75%	80%	80%	80%	80%	80%
3	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	25%	50%	75%	100%	N/A	N/A	N/A	100*)
4	Layanan Unggulan Bertaraf Internasional	N/A	N/A	N/A	100%	N/A	N/A	N/A	100%
5	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	N/A	60	N/A	76,61	N/A	80	N/A	80
6	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	45%	50%	55%	60%	60%	60%	60%	60%
7	Pasien adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	50%	60%	65%	70%	50%	60%	70%	70%
8	Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%	45%
9	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
10	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU	N/A	10%	N/A	10%	N/A	10%	N/A	10%

### 2.4 Indikator Kinerja Individu (IKI)

Indikator Kinerja Individu (IKI) sesuai dengan Peraturan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan nomor HK.02.02/1/1828/2019 tentang pedoman teknis penilaian Indikator Kinerja

Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan sebagai berikut :

**Tabel 9 Indikator Kinerja Individu (IKI)**

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

## 2.5 BLU Maturity Rating

Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan sebagaimana telah diubah terakhir dengan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-22/PB/2020 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku. Peraturan tersebut digantikan dengan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-11/PB/2021 tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum. Adapun daftar kriteria pada masing-masing indikator penilaian adalah sebagai berikut:

**Tabel 10 Daftar Indikator Tingkat Maturitas**

Kode Aspek	Aspek Penilaian	Kode Indikator	Indikator	Bobot
<b>Berbasis Hasil</b>				
KE	Keuangan	KE.1	Likuiditas	20%
		KE.2	Efisiensi	
		KE.3	Efektivitas	
		KE.4	Tingkat Kemandirian	
PL	Pelayanan	PL.1	Indeks Kepuasan Masyarakat	25%
		PL.2	Efisiensi Waktu Pelayanan	
		PL.3	Sistem Pengaduan Layanan	
		PL.4	Tingkat Keberhasilan Pemenuhan Layanan	
<b>Berbasis Proses</b>				
KI	Kapabilitas Internal	KI.1	Sumber Daya Manusia	20%
		KI.2	Proses Bisnis	
		KI.3	Teknologi	
		KI.4	Orientasi Pelanggan	
TK	Tata Kelola dan Kepemimpinan	TK.1	Perencanaan Strategis	20%
		TK.2	Etika Bisnis	
		TK.3	Hubungan Pemangku Kepentingan	
		TK.4	Manajemen Risiko	
		TK.5	Pengawasan dan Pelaporan	
IN	Inovasi	IN.1	Keterlibatan Pengguna Jasa	10%
		IN.2	Proses Inovasi	
		IN.3	Manajemen Pengetahuan	
		IN.4	Manajemen Perubahan	

Kode Aspek	Aspek Penilaian	Kode Indikator	Indikator	Bobot
LI	Lingkungan	L1.1	Manajamen Lingkungan	5%
		L1.2	Penggunaan Sumber Daya	

## 2.6 Indikator Mutu

Penetapan Indikator Mutu sesuai dengan SK Nomor: HK.02.03/XXVII/5359A/2022 tentang Panduan Indikator Mutu RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang adalah sebagai berikut:

**Tabel 11 Daftar Indikator Mutu Unit Kerja**

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
<b>DIREKTORAT MEDIK DAN KEPERAWATAN</b>			
Tim Kerja Pelayanan Medik	1	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	80%
	2	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	80%
	3	Kegagalan Dropping penderita	≤ 5%
	4	Pengumpulan laporan tepat waktu (tiap tanggal 5)	100%
	5	Optimalisasi Lama Rawat Pasien Skizofrenia	≥ 60%
	6	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%
	7	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Layanan Unggulan VVIP	10%
	8	Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional	1 Layanan
Timker Pelayanan Keperawatan	9	Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa	10%
	10	Prosentase kejadian pasien jatuh	3%
	11	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit) / UPIP	1.50%
	12	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
	13	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 jam di Unit Perawatan Intensif Psikiatri (UPIP)	95%
	14	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	90%
	15	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit
	16	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%
	17	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
	18	Respon Time Layanan Gawat Darurat / Emergency Respon Time Rate	100%
	19	Nett Death Rate (NDR)	≤ 24‰
	20	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%
	21	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Inap Tepat Waktu	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	22	Monitoring Kegiatan MPP Sesuai Pedoman	100%
	23	Kejadian reaksi transfusi	0.01%
	24	Assesmen awal pasien rawat inap	100%
	25	Re-Asesmen Risiko bunuh diri	100%
	26	Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri	5%
	27	Edukasi risiko medis pada pasien pulang atas permintaan sendiri	100%
	28	Kejadian pasien lari	0
	29	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	30	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut Dalam Waktu 7 Hari	85%
	31	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut	100%
	32	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%
	33	Length of Stay (LOS)	< 28 hari
	34	Rasio Tempat Tidur Kelas III	skor = 2
	35	Prosentase notifikasi EWS yang ditindaklanjuti	100%
	Timker Pelayanan Penunjang	36	Pemenuhan Kebutuhan Operasional Layanan Penunjang Medik 100 %
37		Pengumpulan Laporan Kegiatan Pelayanan Penunjang Tepat Waktu (sebelum tanggal 5)	100%
38		Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	80%
Instalasi Rawat Jalan	39	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%
	40	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	41	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%
	42	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	80%
Klinik Fisioterapi	43	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	44	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%
	45	Penerapan Edukasi Rehabilitasi Medik	100%
Klinik Gigi	46	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	47	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	48	Ketepatan Sisi Dalam Tindakan Pencabutan Gigi	100%
	49	Proporsi Kunjungan Promotif Preventif Kesehatan Gigi Dan Mulut	≥ 30%
Klinik Kesehatan Jiwa	50	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	51	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%
	52	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
Klinik Psikologi	53	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	54	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual 2 Hari	95%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	55	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal 7 Hari	95%
	56	Penerapan Edukasi Pasien Psikologi	100%
Klinik Umum	57	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	58	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%
	59	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
Poliklinik Sub Spesialis	60	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	61	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%
	62	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%
	63	Pelaksanaan Assesmen Awal Gangguan Pertumbuhan Perkembangan Masa Kanak	100%
	64	Manajemen Risiko Mal Nutrisi Pada Anak	100%
	65	Proporsi Pasien Anak Dan Remaja Yang Mengalami Perbaikan Klinis Yang Terukur Selama 1 Bulan	80%
Instalasi Rawat Inap	66	Ketepatan dan Kelengkapan Pelaporan	100%
Instalasi Gawat Darurat	67	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
	68	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit
	69	Respon Time Layanan Gawat Darurat / Emergency Respon Time Rate	100%
	70	Kematian Pasien (kurang dari sama dengan) 8 Jam di Ruang Gawat Darurat	< 2 %
	71	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%
	72	Pelaksanaan Pengisian Assesmen Awal Kunjungan Pasien PONEK di IGD	100%
	73	Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang Pada Kunjungan Pasien Psikogeriatri Yang Rawat Inap	100%
Instalasi Psikogeriatri	74	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Psikogeriatri.	2%
	75	Tercapainya Peningkatan Kompetensi RS yang diampu RSJRW Dalam Layanan Psikogeriatri	100%
	76	Peningkatan status fungsional pasien rawat inap psikogeriatri	≥ 80%
	77	Waktu tunggu layanan daycare psikogeriatri	< 60 Menit
	78	Angka rehospitalisasi pasien rawat inap psikogeriatri	< 15%
	79	Lama rawat inap pasien psikogeriatri dengan komorbid penyakit fisik kurang dari 6 minggu	≥ 80%
	80	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang di rujuk oleh jejaring kemitraan	75%
Instalasi Elektromedik	81	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	82	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	83	Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	84	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT	> 110%
	85	Angka Pembatalan Operasi/ECT	≤ 5 %
	86	Waktu Tunggu Sebelum Operasi/ECT ≤ 2 hari	100%
	87	Post Operative Death Rate (ECT)	0%
	88	Waktu tunggu layanan ECT 20 menit	100%
Instalasi Laboratorium	89	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	90	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	91	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	2 jam
	92	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (untuk pemeriksaan NAPZA)	0%
	93	Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%
	94	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%
	95	Pelaporan Hasil Kritis Kritis Laboratorium	100%
	96	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%
Instalasi Radiologi	97	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	98	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%
	99	Waktu Tunggu Pelayanan/ Hasil Radiologi ≤ 3 Jam	≤ 3 jam
	100	Pelaporan Hasil Tes Kritis Radiologi < 60menit	100%
	101	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	0%
Instalasi Farmasi	102	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%
	103	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit
	104	Penulisan Resep Sesuai Formularium	≥ 90%
	105	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit
	106	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%
	107	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluarsa di Tempat Pelayanan	100%
	108	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%
	109	Angka Pemberian Label pada Obat HIGH ALERT	100%
Instalasi Rehabilitasi Psikososial	110	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
	111	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	85%
	112	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah Menjalani Satu Paket Layanan	70%
Instalasi Pemulihan Ketergantungan Napza	113	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥ 50%
	114	Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥ 60%
Instalasi Gizi	115	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%
	116	Ketepatan Pemberian Diet	100%



Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	117	Kepuasan Pelanggan 80% (Metode Food Waste)	≥ 80%
Instalasi Rekam Medis	118	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
	119	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	80%
	120	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100%
	121	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
	122	Kepatuhan Proses Identifikasi Pasien Rawat Inap di Admisi Rawat Inap	100%
Instalasi Keswamas dan PKRS	123	Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup Pada Warga Lansia Di Wilayah Binaan	100%
	124	Pelaksanaan Pembinaan Kepada PPK 1	12
	125	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Dalam Rumah Sakit	≥ 90%
	126	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Luar Rumah Sakit	≥ 80%
<b>DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN</b>			
Tim Kerja Organisasi Sumber Daya Manusia	127	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%
	128	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%
	129	Ketepatan Waktu Penerbitan SPK dan RKK	100%
	130	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%
	131	Persentase Perilaku Pegawai Sesuai Dengan Budaya Kinerja	85%
	132	Persentase Hasil Penilaian Komponen Kualitas dan Perilaku Kinerja Sesuai Standar	85%
	133	Program Pemberian Penghargaan dan Konsekuensi	100%
	134	Ketepatan Waktu Pembayaran Remunerasi Pegawai	100%
	135	Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	80%
Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan	136	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	Skor = 2
	137	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis dan Kepuasan Pelanggan Terhadap Adanya Peserta Didik	80%
	138	Evaluasi Pasca Pelatihan	100%
	139	Terlaksananya Perencanaan Pengembangan SDM Sesuai Kompetensi	≥ 80%
	140	Persentase Kompetensi Pegawai Yang Sesuai Standar	95%
Tim Kerja Penelitian	141	Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional	8

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	142	Terwujudnya Jejaring Penelitian Dalam Kesehatan Jiwa	2
	143	Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	Skor = 2
Instalasi Diklit	144	Tercapainya Pertumbuhan Dan Mutu Pendidikan Dan Pelatihan Dalam Kesehatan Jiwa	100%
	145	Prosentase Pelaksanaan Pelatihan Internal Sesuai Perencanaan	≥80%
	146	Prosentase pegawai yang mendapatkan pelatihan ≥ 20 JPL per tahun	1 (80%)
<b>DIREKTORAT PERENCANAAN KEUANGAN DAN LAYANAN OPERASIONAL</b>			
Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran, dan Evaluasi	147	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	Tepat waktu
	148	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Indikatif	skor = 0,4
	149	Disetujui oleh Menteri	skor = 0,4
	150	Format sesuai dengan PMK No.95/PMK.05/2011	skor = 0,4
	151	Terlaksananya telaah perencanaan kegiatan unit kerja	100%
	152	Tersusunnya Dokumen Rencana Kinerja Tahunan	1 pkt/th
	153	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%
	154	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%
	155	Ketepatan Waktu Pengumpulan Laporan dari Unit Kerja	100%
	156	Ketepatan Waktu Penyusunan RPKA - KL	100%
	157	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%
Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan	158	Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	skor = 2
		Pengesahan Triwulan I	skor = 0,4
		Pengesahan Triwulan II	skor = 0,4
		Pengesahan Triwulan III	skor = 0,4
		Pengesahan Triwulan IV	skor = 0,8
	159	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit	100%
	160	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Piutang Rumah Sakit	100%
	161	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
	162	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%
	163	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	164	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU Terhadap Pendapatan BLU	≤ 95%
Akuntansi dan BMN	165	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (POBO)	45%
	166	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	10%
	167	Ketepatan Penatausahaan Barang Milik Negara	100%
Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat	168	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%
	169	Kepuasan pasien dan masyarakat	80%
	170	Promosi Pelayanan Rumah Sakit	100%
	171	Prosentase Komplain yang Ditindaklanjuti / Penanganan Pengaduan	100%
	172	Jumlah Inovasi Oleh Unit Kerja Yang Berorientasi Pada Service Excellent	10
Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga	173	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%
	174	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%
	175	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%
	176	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Rumah Tangga	100%
Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu	177	Ketersediaan Linen	2,5-3 per TT
	178	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%
	179	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%
	180	Dilakukan Test Bowie Dick Setiap Akan Melakukan Sterilisasi Alat	100%
Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	181	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Sarana	≥ 80 %
	182	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%
	183	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat Kesehatan	100%
	184	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	100%
Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS	185	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%
	186	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%
	187	Pengelolaan Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) sesuai PMK No. 7 Tahun 2019	100%
	188	Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri	> 7500
	189	Kejadian Kecelakaan Kerja yang Ditindaklanjuti sesuai dengan Prosedur	100%
	190	Simulasi Kesiapsiagaan Bencana di Setiap Unit Kerja	1
Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit	191	Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT	4 paket
	192	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU-Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	193	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer	90%
	194	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	90%
	195	Ketepatan Waktu Pengembangan Aplikasi / Software	100%
PPK	196	Ketepatan administrasi pembuatan SPP dan SPBY	≥ 80%
ULP	197	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	100%
	198	Kelengkapan Dokumen Pengadaan	100%
	199	Ketepatan Review Dokumen SPP oleh ULP ≤ 5 Hari Kerja	100%
<b>KOMITE DAN SPI</b>			
Komite Medik	200	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas setiap 6 Bulan	100%
	201	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Medis	100%
	202	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial bagi Semua Dokter	100%
Komite Etik dan Hukum	203	Terlaksananya Kegiatan Pencegahan Masalah Etik dan Hukum	100%
Komite Mutu Rumah Sakit	204	Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja	100%
	205	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional
	206	Pelaporan Kegiatan Komite Mutu Kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas	100%
	207	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12/tahun
	208	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target	100%
	209	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) kepada KNKP	100%
Komite Keperawatan	210	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Perawat	100%
	211	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Perawat	100%
	212	Pelaksanaan Audit Keperawatan Dua kali Dalam Setahun	90%
Komite PPI	213	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	5‰
	214	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%
	215	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%
	216	Pencapaian Jaga Jarak	95%
	217	Angka Infeksi Nosokomial Luka Fiksasi	Skor = 1
	218	Angka Infeksi Nosokomial Pedikulosis Kapitis	Skor = 1
	219	Angka Infeksi Nosokomial Scabies	Skor = 1
	220	Angka Infeksi Nosokomial Postural Hipotensi	Skor = 1

Unit Kerja	No	Indikator Mutu	Target
	221	Dermatomikosis	100%
Komite Tenaga Kesehatan Lain	222	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Tenaga Kesehatan Lain	11
	223	Pelaksanaan Audit Proses Pemberian Asuhan oleh Tenaga Kesehatan	2
	224	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi oleh Tenaga Kesehatan Lain	100%
SPI	225	Tindak Lanjut Penyelesaian Saran dan Rekomendasi Dewan Pengawas	100
	226	Penyelesaian Kerugian Negara (KN) hasil audit	100%
	227	Penyelesaian rekomendasi temuan administrasi hasil audit eksternal	100%
	228	Prosentase Capaian Pelaksanaan Kegiatan Pengawasan sesuai Program Kegiatan Pengawasan Tahunan (PKPT) dan Rencana Kegiatan Pengawasan Bulanan	90%
	229	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindak Lanjut	92.50%

## BAB III

### AKUNTABILITAS KINERJA

#### 3.1 Capaian Kinerja Organisasi


Pengukuran kinerja adalah kegiatan manajemen khususnya membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana, atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Hal ini diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam kurun waktu Januari – Desember 2023.


Tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan dari Rencana Strategis RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2020-2024 mengacu dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024. Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator kegiatan di dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi untuk masing-masing indikator, sehingga dapat digunakan dan ditindaklanjuti dalam perencanaan program/ kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/ kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Selain untuk memperoleh informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui capaian kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2023 dibandingkan dengan target yang sudah ditetapkan di awal tahun dan capaian tahun sebelumnya, serta untuk memberikan gambaran kepada pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan rumah sakit.

Capaian kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dilihat berdasarkan *Outcome* dan output sebagai berikut:

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

- 
4. *Outcome* Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan diukur berdasarkan output Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan dan Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri
  5. *Outcome* Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa diukur berdasarkan output Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* dan Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa
  6. *Outcome* Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan diukur berdasarkan output Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja, Tercapainya indikator mutu unit kerja, dan Terakreditasi Internasional
  7. *Outcome* Tercapainya sistem IT yang terintegrasi diukur berdasarkan output Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT
  8. *Outcome* Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset diukur berdasarkan output OEE (Overall Equipment Effectiveness) dan Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan
  9. *Outcome* Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas diukur berdasarkan output Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar dan Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar
  10. *Outcome* Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi diukur berdasarkan output Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
  11. *Outcome* Terwujudnya pertumbuhan pendapatan diukur berdasarkan output tingkat pertumbuhan pendapatan
  12. *Outcome* Terwujudnya efisiensi anggaran diukur berdasarkan output Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional  $\geq 45\%$
  13. *Outcome* Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan diukur berdasarkan output Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar
  14. *Outcome* Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik diukur berdasarkan output Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal
  15. *Outcome* Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit diukur berdasarkan output Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan
  16. *Outcome* Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP diukur berdasarkan output Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran dan Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP
  17. *Outcome* Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal diukur berdasarkan output Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional,



Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar, Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, Penundaan waktu Operasi Elektif, Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik, Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI, Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia, dan Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup

18. *Outcome* Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan diukur berdasarkan output Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target
19. *Outcome* Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium diukur berdasarkan output Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital
20. *Outcome* Indikator RPJMN diukur berdasarkan output Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.
21. *Outcome* Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan diukur berdasarkan output Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
22. *Outcome* Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan diukur berdasarkan output Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU, Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni, Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU, dan Persentase nilai EBITDA Margin

### **3.1.1 Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2020-2023**

Hasil capaian kinerja RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang tahun 2020 sampai dengan 2023 dituangkan ke dalam tabel berikut:



Tabel 12 Capaian Indikator Kinerja Utama (IKU) Tahun 2020 s.d 2023

Sasaran Strategis		I K U			Tahun			
					2020	2021	2022	2023
<b>Perspektif Konsumen</b>								
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder	1	Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat	Target	85%	80%	80%	80%
				Realisasi	83,34%	86,59%	87,88%	87.68%
				% Capaian	98,05%	108,24%	109,85%	109.60%
		2	Kecepatan respon terhadap komplain	Target	100%	100%	100%	100%
				Realisasi	100%	100%	100%	100%
				% Capaian	100%	100%	100%	100%
<b>Perspektif Proses Bisnis</b>								
2	Terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	3	Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	Target	10%	10%	10%	10%
				Realisasi	2,54%	33,06%	14,77%	13.88%
				% Capaian	25,40%	330,60%	147,70%	138.80%
		4	Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	Target	10%	2%	2%	2%
				Realisasi	-8,5%	5,80%	12,87%	11.55%
				% Capaian	0%	290%	643,50%	577.50%
		5	Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	Target	10%	10%	10%	100%
				Realisasi	0%	6,50%	171%	112.50%
				% Capaian	0%	65%	1708%	112.50%
3	Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan	6	Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional	Target	2	4	6	8
				Realisasi	2	2	6	12
				% Capaian	100%	50%	100%	150%
		7	Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	Target	1	2	2	2
				Realisasi	1	1	2	3
				% Capaian	100%	50%	100%	150%
		8	Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	Target	10%	75%	75%	100%
				Realisasi	7%	254%	65,11%	95.50%
				% Capaian	70%	338,67%	86,81%	95.50%
4		9		Target	40%	50%	60%	75%

Sasaran Strategis		IKU			Tahun			
					2020	2021	2022	2023
	Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan		Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	Realisasi	62,60%	67,84%	74,48%	70,58%
				% Capaian	156,50%	135,68%	124,13%	94,11%
		10	Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatrici	Target	30%	25%	100%	100%
				Realisasi	0%	32,52%	100%	100%
5	Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa	11	Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	Target	2	6	8	10
				Realisasi	4	7	8	10
				% Capaian	200%	116,70%	100%	100%
		12	Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	Target	10%	5%	5%	10%
				Realisasi	-16%	5,68%	16,21%	23,53%
				% Capaian	0%	113,60%	324,20%	235,30%
<b>Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi</b>								
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	Target	70%	75%	80%	85%
				Realisasi	90%	88,90%	98,77%	99,21%
				% Capaian	128,57%	118%	123,46%	116,72%
		14	Tercapainya indikator mutu unit kerja	Target	90%	90%	95%	100%
				Realisasi	80,70%	92%	96,68%	96,94%
				% Capaian	89,67%	102%	101,77%	96,94%
		15	Terakreditasi Internasional	Target	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	Re-Akreditasi Internasional	Verifikasi Internasional
				Realisasi	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	Re-akreditasi STARKES 2022
				% Capaian	100%	100%	100%	100%
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	Target	1	2	3	4
				Realisasi	1	2	3	4
				% Capaian	100%	100%	100%	100%

Sasaran Strategis		I K U			Tahun			
					2020	2021	2022	2023
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	Target	85%	85%	85%	85%
				Realisasi	70,39%	87,03%	91,81%	92.11%
				% Capaian	82,81%	102,03%	108,01%	108.36%
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	Target	10%	100%	100%	100%
				Realisasi	14,22%	100%	100%	100%
				% Capaian	142,20%	100%	100%	100%
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	Target	80%	85%	90%	95%
				Realisasi	93,32%	93,30%	92,21%	96.85%
				% Capaian	116,65%	109,80%	102,46%	101.95%
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	Target	70%	75%	80%	85%
				Realisasi	90%	99,87%	99,08%	99.21%
				% Capaian	128,57%	133,16%	123,85%	116.72%
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	21	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	Target	Belum ada dalam perjanjian kinerja	60%	70%	85%
				Realisasi		75,29%	83,03%	90.91%
				% Capaian		125,48%	118,61%	106.95%
<b>Perspektif Keuangan</b>								
11	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	22	Tingkat pertumbuhan pendapatan	Target	10%	5%	5%	10%
				Realisasi	-24,19%	34,90%	-41,47%	12,35%
				% Capaian	0%	697,91%	0%	123,50%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	23	Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq$ 45%	Target	$\geq$ 45%	$\geq$ 45%	$\geq$ 45%	$\geq$ 45%
				Realisasi	43,15%	59,50%	47,98%	48,41%
				% Capaian	95,89%	132,23%	106,62%	107,58%
<b>Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal Turunan Ditjen Yankes</b>								
13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	24	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	Target				95%
				Realisasi				96.53%
				% Capaian				101.61%
14		25		Target				< 2,5%

Sasaran Strategis		I K U			Tahun				
					2020	2021	2022	2023	
	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik		Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	Realisasi				0.27%	
				% Capaian				Tercapai	
15	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	26	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	Target				2	
				Realisasi				2	
				% Capaian				100%	
16	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	27	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	Target				1	
				Realisasi				1	
				% Capaian				100%	
		28	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	Target					10%
				Realisasi				2.05%	
				% Capaian				20.50%	
17	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	29	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	Target				1	
				Realisasi				1	
				% Capaian				100%	
		30	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Target					70%
				Realisasi				100%	
				% Capaian				142.86%	
		31	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Target					≥ 80%
				Realisasi				91.59%	
				% Capaian				114.49%	
		32	Penundaan waktu Operasi Elektif	Target					≤ 3%
				Realisasi				0%	
				% Capaian				Tercapai	
		33	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	Target					≥ 80%
				Realisasi				82.21%	
				% Capaian				102.76%	
		34	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	Target					≥ 80%
				Realisasi				95.88%	

Sasaran Strategis		I K U			Tahun					
					2020	2021	2022	2023		
18	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	35	Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia	% Capaian				119.85%		
				Target				≥ 60%		
				Realisasi				91.43%		
				% Capaian				152.38%		
				36	Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup	Target				≥ 60%
						Realisasi				100.00%
		% Capaian						166.67%		
		37	Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator :			Target				12 Laporan
						Realisasi				12 Laporan
						% Capaian				100%
				1, Kepatuhan kebersihan tangan	Target				≥ 90%	
					Realisasi				99.96%	
% Capaian							111.07%			
2, Kepatuhan penggunaan APD	Target						100%			
	Realisasi						99.92%			
	% Capaian						99.92%			
3, Kepatuhan identifikasi pasien	Target				100%					
	Realisasi				100%					
	% Capaian				100%					
4, Waktu tunggu rawat jalan	Target				≥ 80%					
	Realisasi				96.09%					
	% Capaian				120.11%					
5, Kepatuhan waktu visit dokter	Target				≥ 80%					
	Realisasi				97.17%					
	% Capaian				121.46%					
6, Pelaporan hasil kritis laboratorium	Target				100%					
	Realisasi				100%					
	% Capaian				100%					

Sasaran Strategis		IKU		Tahun			
				2020	2021	2022	2023
			7, Kepatuhan penggunaan formularium nasional	Target			≥ 90%
				Realisasi			97.85%
				% Capaian			108.72%
			8, Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	Target			≥ 85%
				Realisasi			96.14%
				% Capaian			113.11%
		9, Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Target			100%	
			Realisasi			100%	
			% Capaian			100%	
		38	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	Target			12 Laporan
				Realisasi			12 Laporan
				% Capaian			100%
19	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	39	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	Target			1 sistem
				Realisasi			1 sistem
				% Capaian			100%
20	Indikator RPJMN	40	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi,	Target			100%
				Realisasi			100%
				% Capaian			100%
21	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	41	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Target			92.50%
				Realisasi			100%
				% Capaian			108,11%
22	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	42	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	Target			95%
				Realisasi			94.68%
				% Capaian			99.66%
		43	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	Target			97%
				Realisasi			96.83%

Sasaran Strategis		I K U			Tahun			
					2020	2021	2022	2023
				% Capaian				99.82%
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	Target				95%
				Realisasi				81.99%
				% Capaian				86.31%
				Target				10%
		45	Persentase nilai EBITDA Margin	Realisasi				-69%
				% Capaian				0.00%

### 3.1.2 Capaian Perjanjian Kinerja Tahun 2023

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

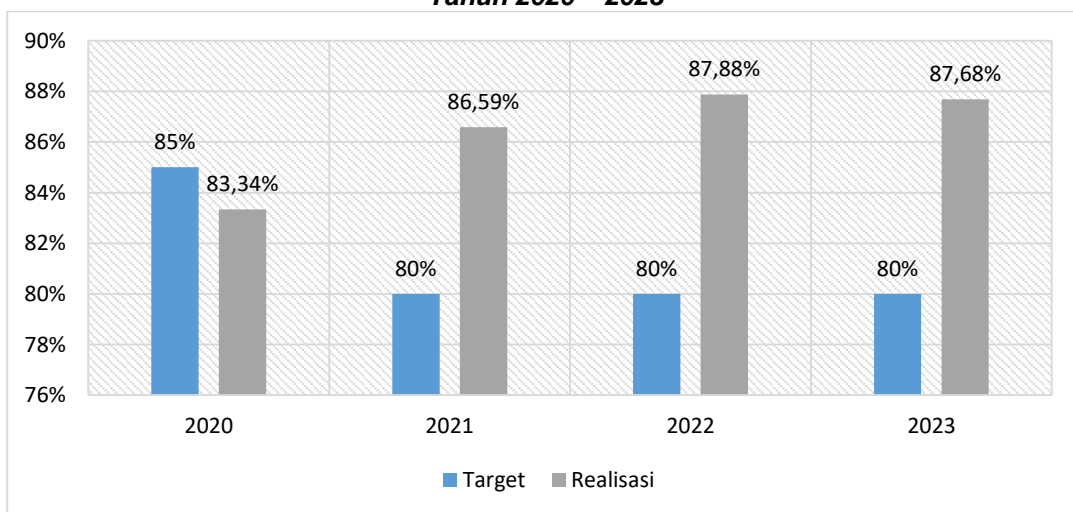
#### 1) Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat

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

**Tabel 13 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat	80%	87,88%	109,85%	80%	87,68%	109,60%

**Grafik 1 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat dibandingkan dengan Target Tahun 2020 – 2023**



Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian tingkat kepuasan pasien dan masyarakat dari tahun 2020 hingga 2022 cenderung mengalami peningkatan walaupun pada tahun 2023 mengalami sedikit penurunan.

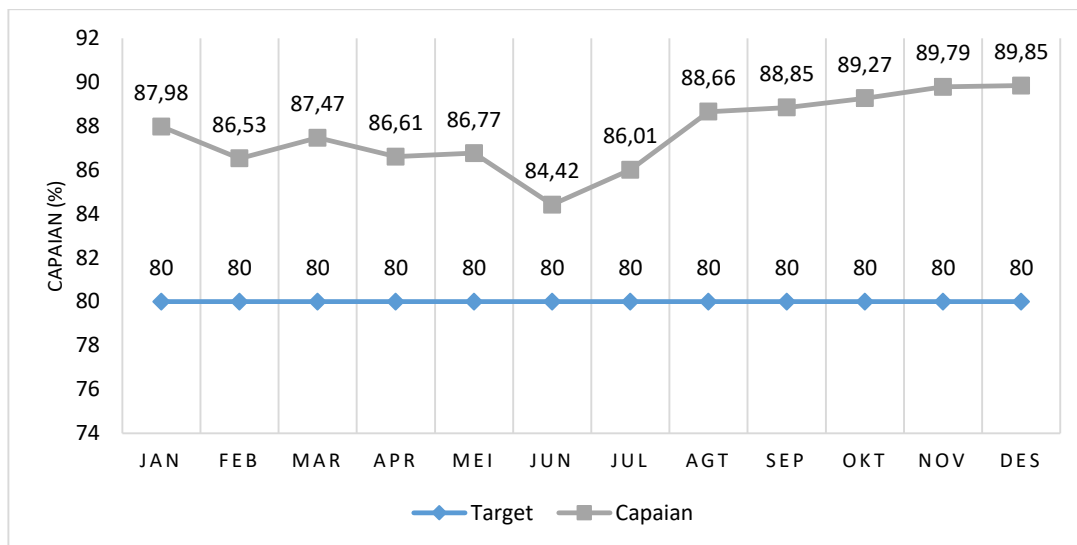
#### Deskripsi Analisa :

Realisasi tingkat kepuasan pasien dan masyarakat pada bulan Januari s.d Desember tahun 2023 mencapai target yang ditetapkan. Rata-rata kepuasan pasien 87,68% mutu



pelayanan 'B' dan kinerja unit pelayanan adalah baik. Realisasi tahun 2023 jika dibandingkan dengan realisasi tahun 2022 mengalami penurunan sebesar 0,2%.

**Grafik 2 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien dan Masyarakat Januari-Desember 2023**



Realisasi Pada Desember 2022 hingga Juli 2023 rumah sakit menggunakan survei kepuasan pelanggan dengan 10 unsur dimana sarana parkir dan toilet menjadi unsur tersendiri. Penambahan unsur tersebut turut mempengaruhi capaian indeks kepuasan pelanggan unsur parkir dan kamar mandi menjadi dua unsur dengan capaian paling rendah.


Pada tahun 2023 dilakukan efisiensi penggunaan kertas sebagai media pelaporan survei berganti menggunakan kode batang (*barcode*) yang dipindai oleh customer. Bagi customer yang tidak dapat memindai maka tetap disediakan lembar survei manual.

Realisasi Tahun 2023 adalah 87,68% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 80% maka kinerja dalam mewujudkan kepuasan stakeholder telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya kepuasan stakeholder telah terpenuhi dari output tingkat kepuasan pasien dan masyarakat melalui program kerja tahun 2023 yaitu pelaksanaan survei kepuasan pelanggan online dan offline, pelaksanaan dan monev pelayanan publik terstandar, implementasi dan monev komitmen pelayanan prima, menindaklanjuti keluhan pelanggan sehingga tercapai kepuasan pelanggan, dan digitalisasi layanan survei kepuasan pelanggan.

#### **Analisa Keberhasilan :**

- Faktor pendukung tercapainya indeks kepuasan masyarakat adalah partisipasi dari seluruh unit kerja untuk bersama melakukan pengukuran kepuasan pelanggan atas kinerja yang telah diberikan

- 
- Indeks kepuasan pelanggan tertuang dalam SKP setiap pegawai sehingga capaian kepuasan pelanggan menjadi tanggung jawab seluruh civitas hospitalia RS

#### **Rencana Tindak Lanjut :**

- Berkoordinasi dengan Direktorat SDM Pendidikan dan Penelitian untuk melakukan pelatihan *service excellence*
- Melakukan percepatan penanganan keluhan pelanggan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan dalam panduan.

#### **Efisiensi Sumber Daya :**

Efisiensi kertas dengan melakukan digitalisasi layanan survei kepuasan pelanggan

## **2) Kecepatan Respon terhadap Komplain**

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

Kategori risiko :

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

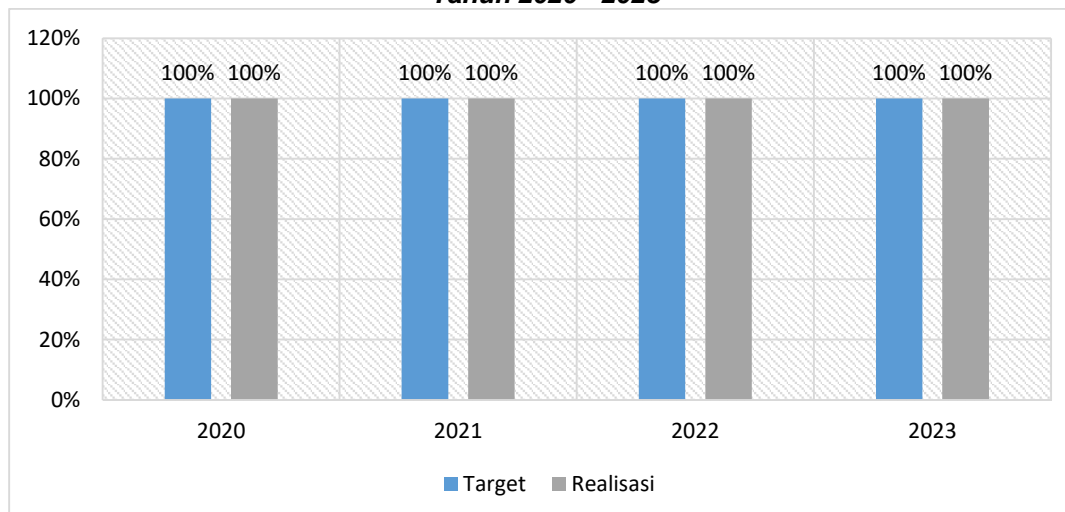
Kriteria penilaian :

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

**Tabel 14 Capaian Kecepatan Respon terhadap Komplain Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Kecepatan respon terhadap komplain	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Grafik 3 Capaian Kecepatan Respon terhadap Komplain dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas capaian kecepatan respon terhadap komplain mencapai target yang ditetapkan yaitu tercapai sebesar 100% dari tahun 2020 hingga 2023.

**Deskripsi Analisa :**

Pada tahun 2023 indikator kecepatan respon terhadap komplain target 100% realisasi 100%, tercapai sesuai target yang di tetapkan. Indikator kecepatan respon terhadap komplain pada tahun 2023 jika dibandingkan tahun 2022 dengan target 100% secara berturut-turut dari tahun ke tahun tercapai sesuai target yang ditetapkan.

Pada tahun 2023 jumlah komplain sebanyak 55 komplain, yang terdiri dari:

- a. 4 komplain pada bulan Januari 2023 dengan kriteria 4 Komplain Kategori Hijau
- b. 5 komplain pada bulan Februari 2023 dengan kriteria 5 Komplain Kategori Hijau
- c. 6 komplain pada bulan Maret 2023 dengan kriteria 3 Komplain Kategori Hijau dan 3 Komplain Kategori Kuning
- d. 4 komplain pada bulan April 2023 dengan kriteria 2 Komplain Kategori Hijau dan 2 Komplain Kategori Kuning
- e. 6 komplain pada bulan Mei 2023 dengan kriteria 6 Komplain Kategori Hijau
- f. 5 komplain pada bulan Juni 2023 dengan kriteria 3 Komplain Kategori Hijau dan 2 Komplain Kategori Kuning
- g. 7 komplain pada bulan Juli 2023 dengan kriteria 2 Komplain Kategori Hijau dan 5 Komplain Kategori Kuning
- h. 2 komplain pada bulan Agustus 2023 dengan kriteria 2 Komplain Kategori Hijau

- 
- i. 2 komplain pada bulan September 2023 dengan kriteria 2 Komplain Kategori Hijau
  - j. 5 komplain pada bulan Oktober 2023 dengan kriteria 5 Komplain Kategori Hijau
  - k. 3 komplain pada bulan November 2023 dengan kriteria 2 Komplain Kategori Hijau dan 1 Komplain Kategori Kuning
  - l. 6 komplain pada bulan Desember 2023 dengan kriteria 4 Komplain Kategori Hijau, 1 Komplain Kategori Kuning, dan 1 Komplain Kategori Merah

Pelaksanaan kegiatan keluhan pelanggan di tahun 2023 cukup beragam dengan beberapa keluhan yang patut mendapatkan perhatian lebih sebagai upaya peningkatan kualitas pelayanan

1. Dugaan pungutan liar yang dilakukan oleh SDM RS berimplikasi pada upaya penguatan integritas pegawai
2. Dugaan kecurangan seleksi jabatan berimplikasi pada upaya transparansi proses seleksi
3. Insiden Keselamatan Pasien kesalahan pembacaan hasil pemeriksaan berimplikasi pada perbaikan kualitas layanan yang mengutamakan keselamatan pasien
4. Keluhan tentang keramahan petugas yang disampaikan melalui SP4N Laporan Kemenkes menjadikan implemmentasi service excellence hal penting di setiap lini layanan.

Realisasi Tahun 2023 adalah 100% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam mewujudkan kepuasan stakeholder telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya kepuasan stakeholder telah terpenuhi dari output kecepatan respon terhadap komplain melalui program kerja tahun 2023 yaitu penambahan fitur aplikasi mendukung KRK dan pemanfaatan feedback dan follow up penanganan komplain untuk *continues improvement*.

**Analisa Keberhasilan :**

- Dukungan pihak manajemen untuk menindaklanjuti dengan serius keluhan yang masuk
- Komitmen untuk memberikan pelayanan sesuai standar kepada penerima layanan

**Permasalahan :**

Sikap resisten terhadap keluhan pelanggan, sehingga menghambat upaya perbaikan layanan

### Rencana Tindak Lanjut :

Pelatihan *service excellence*

### Efisiensi Sumber Daya :

Komplain mayoritas disampaikan secara digital formulir juga sudah terdigitalisasi jadi mengurangi penggunaan kertas.

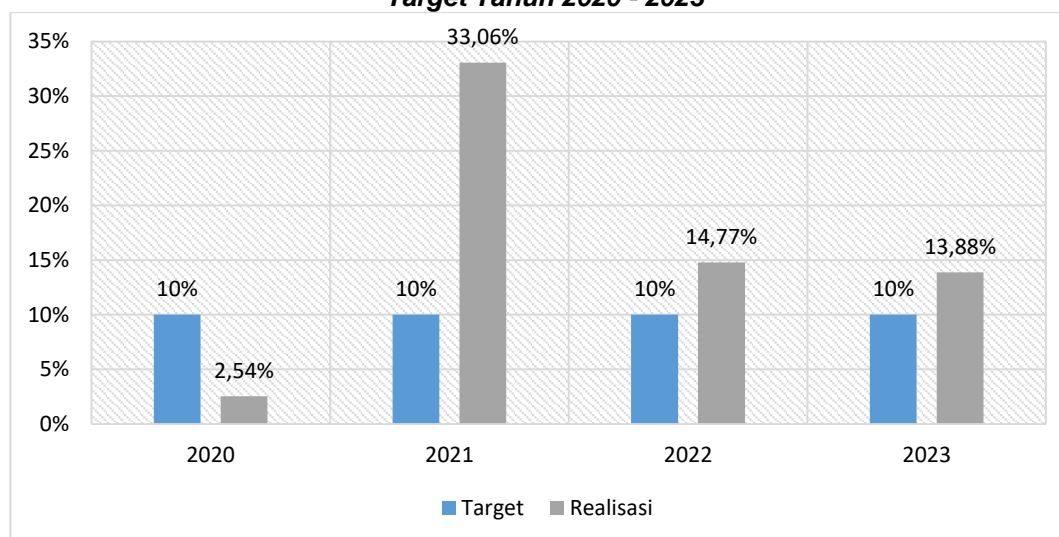
### 3) Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup

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


**Table 15 Capaian Proporsi Peningkatan Pemanfaatan Layanan Promotif dan Preventif Subspecialistik yang Berorientasi pada Optimalisasi Kualitas Hidup Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup	10%	14,77%	147,65%	10%	13,88%	138,80%

**Grafik 4 Capaian Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup tercapai melebihi target yang ditetapkan kecuali pada tahun



2020. Pada tahun 2021 capaian meningkat dibandingkan tahun 2020, kemudian pada tahun 2022 dan 2023 mengalami penurunan namun masih mencapai target yang ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

Indikator kinerja telah mencapai target yang diharapkan. Tingkat capaian sebesar 138,8%. Dibandingkan tahun 2022 mengalami penurunan 8,85%, namun bila dilihat dari capaian masih melebihi target yang diharapkan

Realisasi Tahun 2023 sebesar 13,88% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 10% maka kinerja dalam mewujudkan layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah terpenuhi dari output proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup melalui program kerja tahun 2023 yaitu pengembangan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi “keterikatan pasien jangka panjang”.

#### **Rencana Tindak Lanjut :**

- Mempertahankan dan meningkatkan upaya promosi dan edukasi pada masyarakat, sehingga diharapkan masyarakat tetap loyal dalam memanfaatkan layanan di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- Program Klinik psikiatri anak dan remaja ditingkatkan jenis layanannya
- Penambahan inovasi daycare anak
- Merekrut dokter Anak (Spesialis anak)
- Terus berupaya menghilangkan stigma masyarakat untuk berkunjung ke RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

#### **Efisiensi Sumber Daya :**

Pelayanan ini tidak berdampak terhadap penambahan SDM, karena pelayanan dilaksanakan dengan memanfaatkan tenaga yang ada di lingkup pelayanan keperawatan

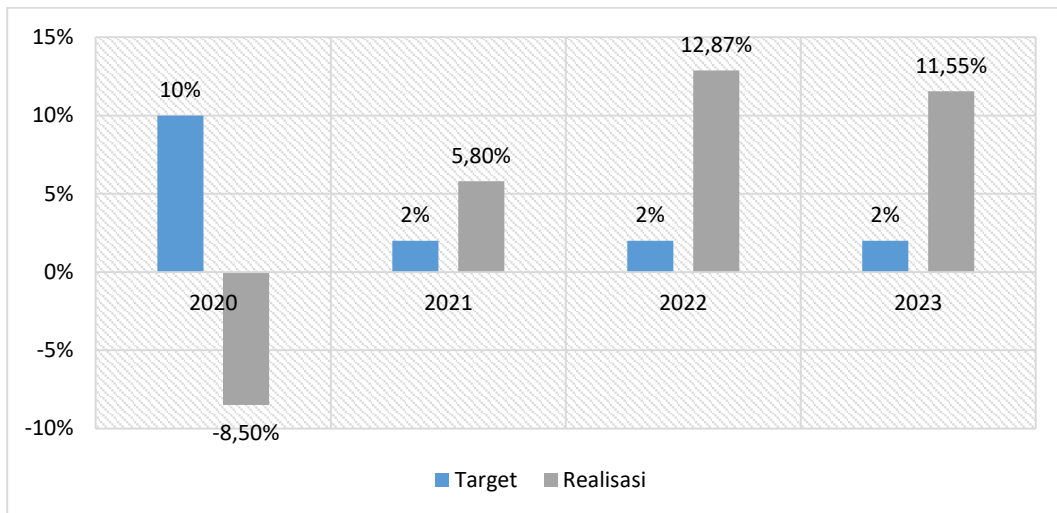
#### **4) Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri**

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

**Tabel 16 Capaian Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Psikogeriatri Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri	2%	12,87%	643,38%	2%	11,55%	577,50%

**Grafik 5 Capaian Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri dibandingkan dengan Target Tahun 2020 – 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri pada tahun 2020 hingga 2023 cenderung mengalami peningkatan walaupun pada tahun 2023 sedikit mengalami penurunan. Namun pada tahun 2020 tidak mencapai target yang ditetapkan bahkan capainnya minus atau dapat dikatakan tidak terdapat pertumbuhan. Hal tersebut dikarenakan pada tahun 2020 terjadi pandemi covid-19.

**Deskripsi Analisa :**

Indikator kinerja telah mencapai target yang diharapkan. Tingkat capaian sebesar 577,50%. Dibandingkan tahun 2022 mengalami penurunan realisasi 65,8%.

Realisasi Tahun 2023 adalah 11,55% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 2% maka kinerja dalam mewujudkan layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah berada pada kondisi yang sangat baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

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

psikogeriatri melalui program kerja tahun 2023 yaitu Membangun kesinambungan pelayanan psikogeriatri berbasis rumah sakit dan masyarakat.

**Permasalahan :**

Faktor pendorong ketercapaian indikator kinerja diantaranya yaitu :

- Penataan alur layanan mendukung upaya pelayanan yang aman dan nyaman bagi pengunjung
- Komitmen SDM untuk kerja sama lintas sektor menunjang upaya pemberian pelayanan terbaik bagi pelanggan
- Adanya renovasi Ruang Bismo diharapkan meningkatkan optimalisasi pelayanan dan kepuasan pelanggan semakin meningkat

**Rencana Tindak Lanjut :**

- Peningkatan layanan dengan fasilitas pelayanan yang lebih baik
- Alur pelayanan dan kemudahan akses pengunjung dalam memanfaatkan layanan
- Peningkatan SDM dengan pemberian pelatihan bekerja sama dengan lembaga pelatihan di luar negeri.

**Efisiensi Sumber Daya :**

Pelayanan dengan mendayagunakan SDM yang ada sehingga tidak menambah SDM

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

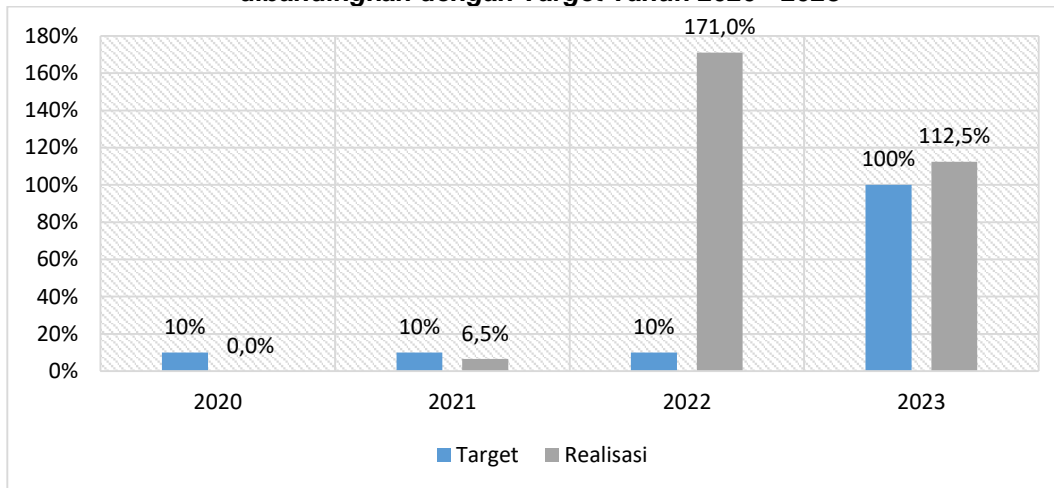
Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan merupakan persentase pelaksanaan program optimalisasi kualitas hidup lansia di kota ramah lansia yang dilaksanakan bersama dengan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

**Tabel 17 Capaian Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup pada Warga Lansia di Wilayah Binaan Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan	10%	170,83%	1708,33%	100%	112,50%	112,50%



**Grafik 6 Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup pada Warga Lansia di Wilayah Binaan dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa pada tahun 2023 terdapat perubahan target dari yang awalnya 10% menjadi 100%. Realisasi indikator Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup pada Warga Lansia di Wilayah Binaan pada tahun 2020 hingga 2022 cenderung mengalami peningkatan. Namun hanya tercapai pada tahun 2022. Kemudian ketika target dirubah realisasi tahun 2023 juga melebihi target yang ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

Pada tahun 2023 terdapat perubahan target dari yang awalnya 10% menjadi 100% karena jika melihat dari definisi operasional dan cara perhitungan target yang sesuai adalah 100% sehingga capainnya tidak terlalu tinggi. Jika capaian 2023 dibandingkan dengan 2022 maka terdapat penurunan yakni Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup Pada Warga Lansia Di Wilayah Binaan dari capaian tahun 2022 (170,83%) menjadi (112,50%) tahun 2023. Akan tetapi secara umum indikator ini mencapai target.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 112,50% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam mewujudkan layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* terwujudnya layanan unggulan promotif-preventif dan psikogeriatri yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup telah terpenuhi dari output optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan melalui program kerja tahun 2023 yaitu terwujudnya evaluasi program peningkatan kualitas hidup lansia yang melibatkan stahkeholder, adanya dokumen program peningkatan kualitas hidup lansia yang telah direview, dan terwujudnya penambahan area binaan program peningkatan kualitas hidup lansia.



**Permasalahan :**

Faktor-faktor yang mendukung ketercapaian Indikator Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup Pada Warga Lansia Di Wilayah Binaan : Adanya koordinasi dengan pihak Instalasi Psikogeriatri dan pengurus Posyandu Lansia sehingga untuk program yang dimaksud selama 1 tahun sudah terjadwal.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Tetap menjalin keberlangsungan koordinasi dengan pihak terkait agar capaian program dapat tercapai untuk dipertahankan.

**Efisiensi Sumber Daya :**

Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup Pada Warga Lansia Di Wilayah Binaan ini bekerjasama dengan pihak Posyandu Lansia di wilayah Desa Sumberporong sehingga dalam proses penyelenggaraannya telah terjadwal.

**6) Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional**

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

Catatan:

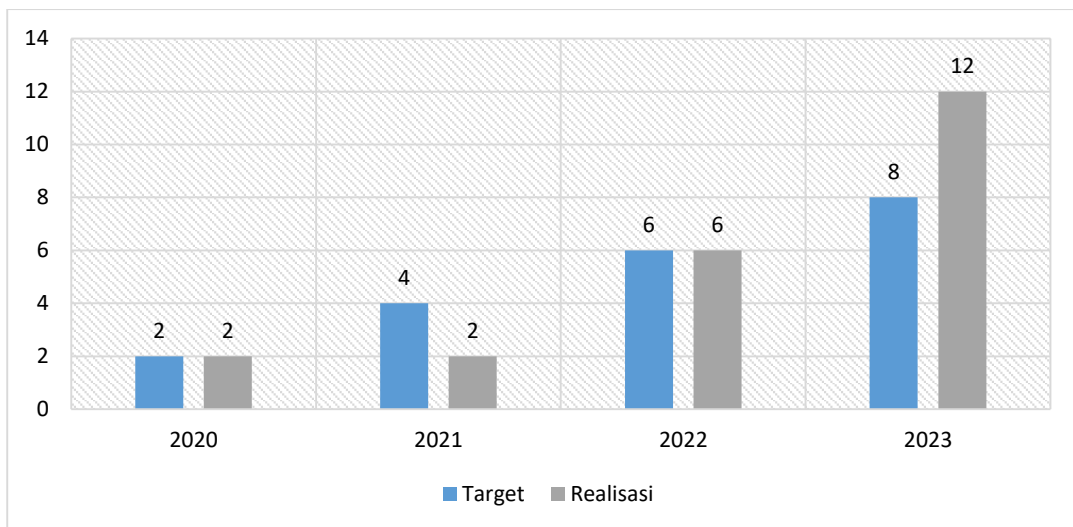
- Penelitian adalah kegiatan menganalisis suatu hasil yang sudah mendapat pengakuan akademik dengan data, analisa dan pendekatan teori untuk mendapatkan temuan yang baru dan lebih bermanfaat.
- Penelitian meliputi klinis dan non klinis.
- Publikasi adalah membuat konten yang diperuntukkan dalam jurnal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

Adapun capaiannya adalah sebagai berikut:

**Tabel 18 Tabel Capaian Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2021			Tahun 2022		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Publikasi penelitian nasional dan / atau internasional	6	6	100%	8	12	150%

**Grafik 7 Capaian Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa indikator Publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional cenderung mengalami peningkatan. Bahkan pada tahun 2023 mampu melebihi target yang ditetapkan. Meskipun pada tahun 2021 hanya mencapai 50% dari target yang ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

➤ **Realisasi sd Desember 2023:**

Target renstra 2023 : 8 Publikasi Penelitian

Jumlah publikasi penelitian sampai dengan bulan Desember 12 Penelitian (150%)

➤ **Submit Jurnal:**

Jumlah penelitian yang submit jurnal (belum publikasi) sebanyak 2 Penelitian

1. Judul : Pengaruh rasio likuiditas, rentabilitas dan aktivitas terhadap kinerja keuangan di RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang  
 Penulis : 1. Nurul Sri Hidayati Rini, SE, MMRS, Ak  
 2. Ahmad Fatoni  
 Waktu Publikasi : 25 Januari 2023  
 Jurnal : Jurnal Ilmiah Akuntansi dan Keuangan  
 Link Jurnal : <https://journal.ikopin.ac.id/index.php/fairvalue/article/view/2884/2536>
2. Judul : Perspektif Pasangan Dalam Hubungan dan Partisipasi Kesehatan Jiwa Maternal  
 Penulis : Muyassaroh  
 Waktu Publikasi : 9 Mei 2023  
 Jurnal : Brawijaya Knowledge Garden  
 Link Jurnal : <http://repository.ub.ac.id/id/eprint/199037/>

3. Judul : *Exploration Factors Behind Low Bed Occupation Rate of Hospital: A Case Study*
- Penulis : 1. dr. Gunawan  
2. dr Umi Kulsum
- Waktu Publikasi : April 2023
- Jurnal : JMMR (Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit)
- Link Jurnal : <https://jmmr.umy.ac.id/index.php/jmmr/article/view/34>
4. Judul : Bobot Pengaruh Pelatihan Ketrampilan Sosial Terhadap Peningkatan Skor Fungsi Sosial Pada Pasien Skizofrenia Di RSJ.Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang
- Penulis : dr. Dwi Ratna
- Waktu Publikasi : 2023
- Jurnal : Universitas Gadjah Mada
- Link Jurnal : <https://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/222050>
5. Judul : Effect of Oral Nutrition Supplementation (ONS) contains phosphatidylserine, choline, and uridine on cognitive function and quantitative electroencephalography in elderly patients with mild and moderate dementia
- Penulis : dr.Yunita Christiandari,SpPD, K.Ger
- Waktu Publikasi : 10 Agustus 2023
- Jurnal : World Journal of Advanced Research and Reviews (WJARR)
- Link Jurnal : <https://wjarr.com/content/effect-oral-nutrition-supplementation-ons-contains-phosphatidylserine-choline-and-uridine>
6. Judul : *Motherhood Capacity in Women with Schizophrenia*
- Penulis : dr Embun Kumalaratih
- Waktu Publikasi : Agustus 2023
- Jurnal : Journal of Medicinal and Chemical Science
- Link Jurnal : [https://www.jmchemsci.com/article\\_177263.html](https://www.jmchemsci.com/article_177263.html)
7. Judul : Pengaruh Implementasi Sistem Aplikasi Keuangan Tingkat Instansi (SAKTI) Terhadap Kualitas Laporan Keuangan RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang
- Penulis : Yasmin Amini
- Waktu Publikasi : 2 Agustus 2023
- Jurnal : e\_Jurnal Ilmiah Riset Akuntansi Fakultas Ekonomi & Bisnis UNISMA
- Link Jurnal : <https://jim.unisma.ac.id/index.php/jra/article/view/22107>
8. Judul : *Factor Analysis in the Implementation of Early Warning System Documentation in Psychiatric Hospitals*
- Penulis : 1. Bernadius Bogohanto  
2. Nurul Mawwadah  
3. Anndy Prastya
- Waktu Publikasi : Agustus 2023

- Jurnal : The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health  
 Link Jurnal : [https://www.google.com/search?q=journal+ijosh+nurul+mawaddah&oeq=journal+ijosh+nurul+mawaddah&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAE EUYOTIJCAEQIRgKKGKAB0gEJMTI5NjJqMGo3qAIAAsAIA&client=ms-android-xiaomi-rvo2&sourceid=chrome-mobile&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=journal+ijosh+nurul+mawaddah&oeq=journal+ijosh+nurul+mawaddah&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAE EUYOTIJCAEQIRgKKGKAB0gEJMTI5NjJqMGo3qAIAAsAIA&client=ms-android-xiaomi-rvo2&sourceid=chrome-mobile&ie=UTF-8)
9. Judul : Pengaruh terapi musik campursari terhadap resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di ruang bangau RSJ. Dr. Radjiman werdiodiningrat lawang  
 Penulis : Hendro Subagio  
 Waktu Publikasi : 29 September 2023  
 Jurnal : Repository Stikes Majapahit  
 Link Jurnal : <http://repo.stikesmajapahit.ac.id/170/>
10. Judul : Pengaruh Kompetensi dan Pelatihan terhadap Kinerja melalui Motivasi sebagai Variabel  
 Penulis : Andi Lesmana  
 Waktu Publikasi : 11 November 2023  
 Jurnal : International Journal of Multidisciplinary Research And Analysis  
 Link Jurnal : <http://ijmra.in/v6i11/35.php>
11. Judul : Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Terhadap Tingkat Kecemasan Klien Halusinasi di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang Kabupaten Malang  
 Penulis : Susi Ana Kurniawati  
 Waktu Publikasi : 1 Desember 2023  
 Jurnal : Journal of Nursing Practice and Education  
 Link Jurnal : <https://ejournal.stikku.ac.id/index.php/jnpe/article/view/901/729>
12. Judul : Ketepatan Penggunaan Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat  
 Penulis : Eko Denny Wahyudi, dkk  
 Waktu Publikasi : Desember 2023  
 Jurnal : Indonesian Journal of Pharmaceutical Education  
 Link Jurnal : <https://ejournal.ung.ac.id/index.php/ijpe/article/view/23235>

Realisasi Tahun 2023 adalah 12 publikasi bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 10 publikasi maka kinerja dalam mewujudkan pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan telah terpenuhi dari output publikasi penelitian Nasional dan / atau Internasional melalui program kerja tahun 2023 yaitu

pelaksanaan dan monev penelitian dan publikasi serta menumbuhkan budaya meneliti di kalangan staf.

#### **Analisa Keberhasilan :**

Realisasi capaian indikator mutu Publikasi Penelitian Nasional dan Internasional pada tahun 2023 meningkat secara signifikan dibanding dengan tahun 2022 yaitu 12 penelitian yang dipublikasikan dengan persentase capaian sebesar 150 % dikarenakan :

1. Adanya pegawai yang sedang tugas belajar dan ijin belajar, melaksanakan penelitian di RSJ dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang
2. Kerjasama penelitian antara pegawai RSJ dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan institusi Pendidikan juga termasuk kerjasama publikasi penelitian

#### **Rencana Tindaklanjut :**

Untuk meningkatkan capaian publikasi berikutnya, rencana tindak lanjutnya adalah sebagai berikut :

1. Melakukan inventarisasi data pegawai yang sedang tugas belajar dan ijin belajar serta judul penelitian yang akan dilakukan
2. Melakukan kerjasama penelitian dan publikasi penelitian dengan jejaring institusi Pendidikan
3. Melakukan Kerjasama penelitian dalam jejaring *Academic Health System* dengan institusi Pendidikan yang telah bekerjasama dengan RSJ dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang
4. Mengusulkan reward bagi peneliti yang penelitiannya dipublikasikan dalam jurnal dalam bentuk capaian indikator kinerja individu (IKI)

#### **Efisiensi Sumber Daya :**

**Table 19 Pendapatan penelitian bulan Desember 2023**

No	Uraian	Tarif	November	
			Jumlah (Orang)	Total
	<b>2023</b>			
	<b>Penelitian</b>			
1	SLTA	Rp 175.000		Rp -
2	DIII/DIV	Rp 200.000		Rp -
3	SI /SI PROFESI	Rp 250.000	5	Rp 1.250.000,00
4	S2	Rp 300.000		Rp -
5	S3	Rp 400.000		Rp -
6	TARIF TAMBAH SURVEY	Rp 20.000		Rp -
	<b>Layak Etik</b>			
1	DIII/DIV (UMUM)	Rp 225.000		Rp -
2	SI /SI PROFESI	Rp 300.000	3	Rp 900.000,00
3	S2	Rp 375.000		Rp -
4	S3	Rp 450.000		Rp -
5	DIII/DIV (PEGAWAI RSJ)	Rp 150.000		Rp -

6	SI /SI PROFESI (PEGAWAI RSJ)	Rp 225.000	1	Rp 225.000,00
7	S2 (PEGAWAI RSJ)	Rp 300.000		Rp -
8	S3 (PEGAWAI RSJ)	Rp 375.000		Rp -
<b>Total</b>				<b>Rp 2.375.000,00</b>

**Table 20 Pertumbuhan pendapatan s.d Desember 2023**

No	Bulan	Jumlah Pendapatan Penelitian		Pertumbuhan Pendapatan
		Tahun 2022	Tahun 2023	
1	JANUARI	Rp -	Rp -	168%
2	FEBRUARI	Rp -	Rp 1.700.000	
3	MARET	Rp 2.150.000	Rp 3.875.000	
4	APRIL	Rp 1.740.000	Rp -	
5	MEI	Rp 1.650.000	Rp 350.000	
6	JUNI	Rp 600.000	Rp 3.050.000	
7	JULI	Rp 800.000	Rp 1.025.000	
8	AGUSTUS	Rp 800.000	Rp 1.450.000	
9	SEPTEMBER	Rp -	Rp 550.000	
10	OKTOBER	Rp 480.000	Rp 1.225.000	
11	NOVEMBER	Rp 675.000	Rp 250.000	
12	DESEMBER	Rp 550.000	Rp 2.375.000	
	TOTAL	Rp 9.445.000	Rp 15.850.000	

**Table 21 Persentase capaian dibanding target**

Target	Realisasi	% Capaian
Rp 4.000.000	Rp 15.850.000	337%

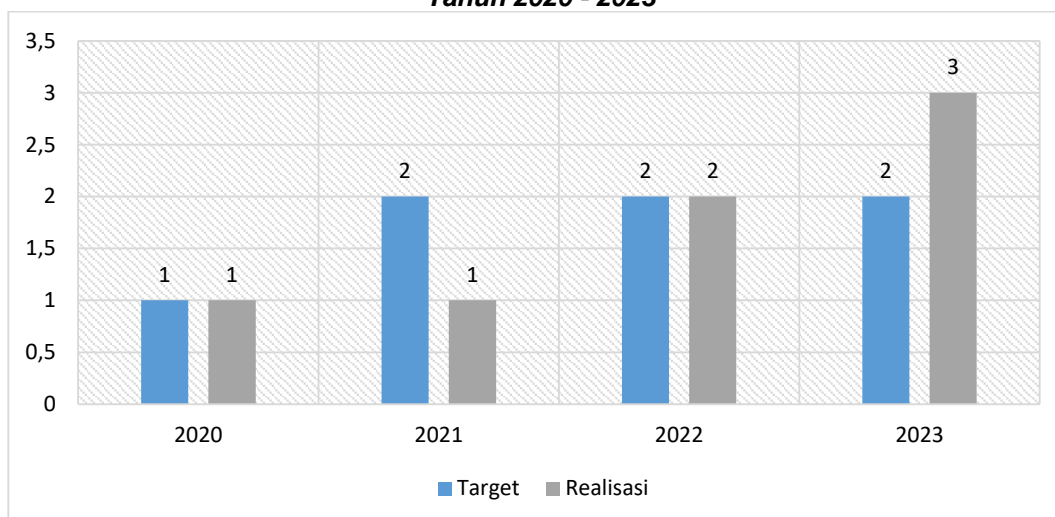
### 7) Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa

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

**Table 22 Tabel Capaian Terwujudnya Jejaring Penelitian dalam Kesehatan Jiwa Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa	2	2	100%	2	3	150%

**Grafik 8 Terwujudnya Jejaring Penelitian dalam Kesehatan Jiwa dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa indikator Terwujudnya Jejaring Penelitian dalam Kesehatan Jiwa tidak tercapai pada tahun 2021. Sedangkan pada tahun yang lainnya tercapai sesuai target yang ditetapkan bahkan pada tahun 2023 tercapai melebihi target.

**Deskripsi Analisa :**

- Target renstra 2023 : 2 kerjasama penelitian dengan 2 institusi
- Realisasi sampai dengan November 2023 : 3 kerjasama penelitian dengan 3 institusi pendidikan:
  - 1) FK Universitas Brawijaya
  - 2) FK Universitas Airlangga
  - 3) STIKES Majapahit
- Capaian kinerja kerjasama penelitian sd. Desember 2023 : 3 Kerjasama (persentase capaian sebesar 150%)


**Tabel 23 Kerjasama penelitian dan judul penelitian**

No	MoU Kerjasama	Judul Penelitian	Tahun Penelitian	Publikasi	Target	Realisasi	Persentase capaian
1	FK Universitas Airlangga dengan RSUD dr. Soetomo Surabaya dan RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang No. HK. 03.01/XXVII.3.2.1/5519/2021	1 <i>Motherhood Capacity in Women with Schizophrenia</i>	2023	Agustus 2023	2 institusi	3 institusi	150%



No	MoU Kerjasama	Judul Penelitian	Tahun Penelitian	Publikasi	Target	Realisasi	Persentase capaian
2	STIKES Majapahit dengan RSJ. Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang No: HK.03.01/XXV II.3.2.3/6464A/2018 Tgl 19 November 2018	2 Factor Analysis in the Implementation of Early Warning System Documentation in Psychiatric Hospitals-Agt 23.pdf	2023	Agustus 2023			
		3 Pengaruh terapi musik campursari terhadap resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di ruang bangau RSJ Dr. Radjiman Werdiodiningrat lawang	2023	Sep-23			
		4 Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi Terhadap Tingkat Kecemasan Klien Halusinasi di RSJ Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang Kabupaten Malang	2023	Desember 2023			
3	Institut Teknologi, Sains, dan Kesehatan RS dr. Soepraoen Malang No: HK.03.01/XXV II.3.2.1/0305/2022 tanggal 28 Desember 2020	5 Ketepatan penggunaan anti psikotik pada pasien skizofrenia d RSJ. Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang	2023	Oktober 2023			

Realisasi Tahun 2023 yaitu 3 lembaga jejaring bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 2 lembaga jejaring maka kinerja dalam



mewujudkan pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan telah terpenuhi dari output Terwujudnya jejaring penelitian dalam kesehatan jiwa melalui program kerja tahun 2023 yaitu pelaksanaan dan monev penelitian bersama serta optimalisasi jejaring regional dalam penelitian.

#### **Analisa Keberhasilan :**

Adapun realisasi capaian indikator mutu Terwujudnya Jejaring Penelitian Dalam Kesehatan Jiwa pada tahun 2023 juga meningkat yaitu tercapai sebanyak 3 kerjasama penelitian dengan institusi Pendidikan. Indikator ini tercapai sebesar 150% disebabkan karena:

1. Adanya kerjasama penelitian dengan institusi Pendidikan dimana pegawai RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat juga melaksanakan Pendidikan di tempat tersebut
2. Kerjasama penelitian merupakan implementasi dari perjanjian kerjasama dengan institusi Pendidikan dalam mewujudkan salah satu dari Tri Dharma Perguruan Tinggi

#### **Rencana Tindak Lanjut:**

Adapun langkah-langkah strategis untuk meningkatkan kerjasama penelitian sebagai berikut:

1. Mengadakan pertemuan secara berkala dengan institusi Pendidikan untuk implementasi Kerjasama penelitian
2. Mengadakan riset kolaborasi dengan institusi pendidikan
3. Mengadakan riset kolaborasi dengan jejaring pengampuan
4. Menginventarisasi judul-judul penelitian yang dikembangkan dari pohon penelitian dan dapat dilakukan bersama dengan institusi Pendidikan
5. Menjajaki kerjasama penelitian translasional dan penelitian klinis dengan *Indonesia Clinical Research Center (INA CRC)*
6. Membentuk *Clinical Research Unit (CRU)*
7. Meningkatkan kompetensi anggota CRU dalam penulisan ilmiah dan pelaksanaan penelitian
8. Melaksanakan akreditasi KEPK

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

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

Cara perhitungan:

$$\frac{(a + b + c + d)}{4}$$

Keterangan :

a. Pertumbuhan Pendidikan

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

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

b. Pertumbuhan Pelatihan

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

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

c. Mutu Pendidikan

Status terakreditasi RS Pendidikan = 100%

Status tidak terakreditasi RS Pendidikan = 0%

d. Mutu Pelatihan

Status terakreditasi pelatihan 2 paket = 100%

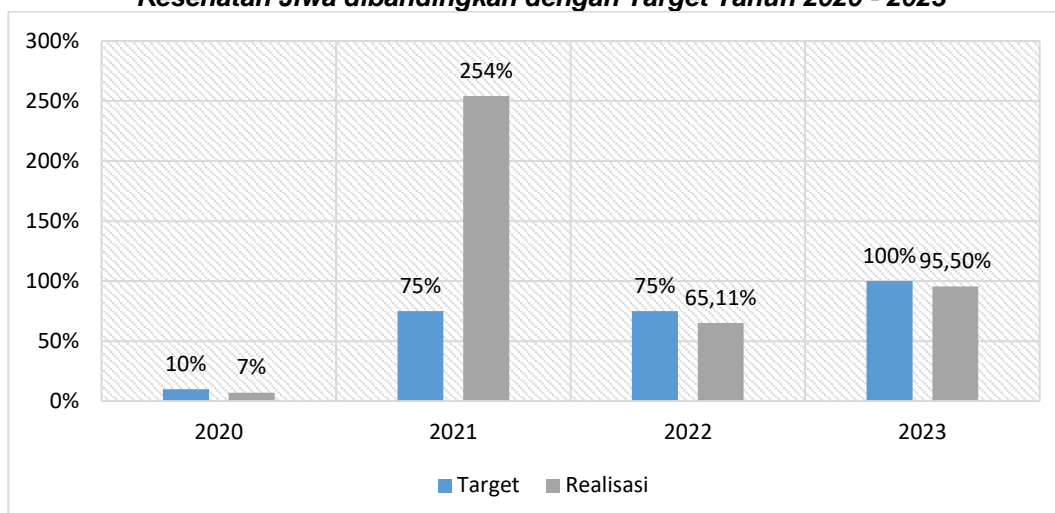
Status terakreditasi pelatihan 1 paket = 50%

Tidak terdapat Status terakreditasi pelatihan = 0%

**Tabel 24 Capaian Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan dalam Kesehatan Jiwa Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa	75%	65,11%	86,81%	100%	95,50%	95,50%

**Grafik 9 Capaian Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan dalam Kesehatan Jiwa dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa indikator Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan dalam Kesehatan Jiwa hanya tercapai pada tahun 2021.

#### **Deskripsi Analisa :**

Pada tahun 2023 indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa belum tercapai karena belum ada pelatihan revenue dan pelatihan yang terakreditasi hanya 1 paket, yaitu Pelatihan Tenaga Pelatih Kesehatan yang bekerjasama dengan Bapelkes Semarang pada Bulan November 2023. Realisasi pada tahun 2023 sebesar 95,5 % dengan target 100% sehingga indikator kinerja ini tidak tercapai.

Realisasi pada tahun 2022 sebesar 86,81% sedangkan realisasi pada tahun 2023 sebesar 95,5%. Terjadi peningkatan capaian dibandingkan tahun 2022 sebesar 8,69% tapi masih belum tercapai karena target tahun 2023 sebesar 100% sedangkan target tahun 2022 sebesar 75%.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 95,50% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam mewujudkan pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya pusat Riset, Pendidikan dan Pelatihan tidak terpenuhi dari output Tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa yang dikarenakan belum terlaksana secara maksimal pelaksanaan dan monev kerjasama dengan institusi Pendidikan serta Re-focussing produk pelatihan sesuai dengan visi misi RSJ.

#### **Permasalahan :**

- Faktor yang mendukung adanya pelatihan akreditasi pada tahun ini sebanyak 1 paket (nilai 50%).

- Faktor-faktor yang menghambat, belum terakreditasinya RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat sebagai institusi pelatihan yang terakreditasi, masih perlu pengampu instansi/unit seperti bapelkes yang terakreditasi.
- Melaksanakan pelatihan revenue dengan kerjasama dengan tim pemasaran.
- Masih melaksanakan 1 pelatihan yang terakreditasi, untuk mencapai 100% harus melaksanakan 2 pelatihan yang terakreditasi.

#### **Rencana Tindak Lanjut :**

Langkah-langkah yang akan dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada sehingga diharapkan capaian pada tahun 2024 bisa tercapai dan lebih baik dari tahun ini:

- Melakukan cek MOU, bila perlu update maka melakukan MOU dengan instansi/unit seperti bapelkes yang terakreditasi.
- Melaksanakan pelatihan terakreditasi dibawah supervisor unit pengampu yang sudah terakreditasi

Strategi yang akan dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan capaian pada tahun 2024

- Menyenggarakan pelatihan terakreditasi dengan instansi/bapelkes yang sudah terakreditasi.
- Melaksanakan akreditasi untuk RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang agar menjadi institusi pelatihan yang terakreditasi.

#### **Efisiensi Sumber Daya :**

Efisiensi anggaran bila dilakukan pelatihan via daring untuk pelatihan yang non teknis

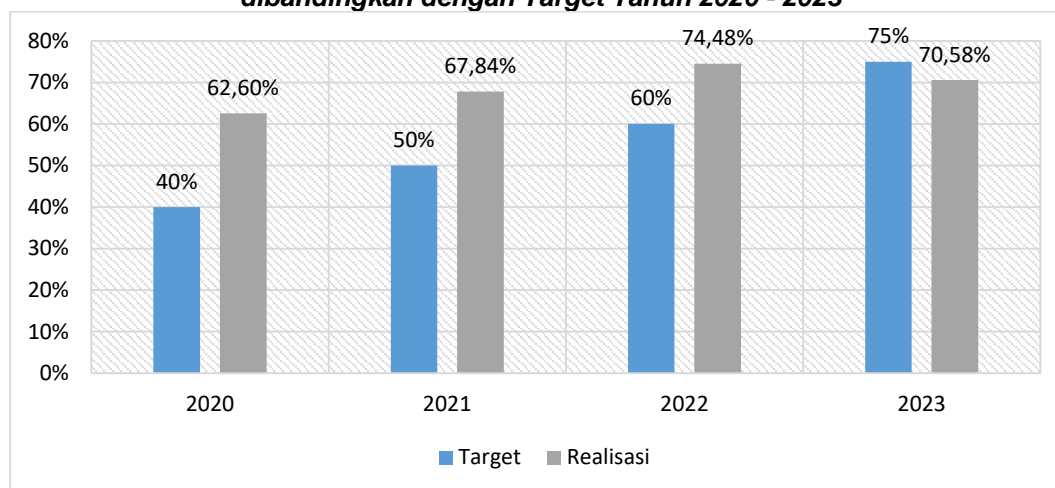
#### **9) Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan**

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

**Tabel 25 Capaian Peningkatan Proporsi Jumlah Pasien yang Dirujuk Oleh Jejaring Kemitraan Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan	60%	74,48%	124,14%	75%	70,58%	94,11%

**Grafik 10 Capaian Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan tahun 2020 hingga 2022 cenderung mengalami peningkatan dan mencapai target yang telah ditetapkan. Namun pada tahun 2023 mengalami sedikit penurunan dan tidak mencapai target yang ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

Indikator kinerja belum mencapai target yang diharapkan. Tingkat capaian sebesar 94,11%. Dibandingkan tahun 2022 capaian mengalami penurunan.

Realisasi Tahun 2022 adalah 70,58% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 85% maka kinerja dalam meningkatkan fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan telah terpenuhi dari output Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan melalui program kerja tahun 2023 yaitu evaluasi dan peningkatan kepuasan SDM dan loyalitas jejaring rujukan.

#### **Permasalahan :**

Faktor pendukung tidak tercapai target indikator, diantaranya adalah :

- Adanya peningkatan target proporsi pasien yang dirujuk dibanding dengan tahun sebelumnya belum diiringi dengan komunikasi yang lebih intensif antara RSJ RW dengan jejaring rujukan
- Belum optimalnya pemanfaatan fasilitas rujukan SISRUTE oleh jejaring rujukan.
- Sinergitas Tim Marketing dengan pelayanan belum optimal

### Rencana Tindak Lanjut :

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

### Efisiensi Sumber Daya :

Kondisi ini berdampak adanya peningkatan beban kerja SDM. Namun demikian masih dapat difasilitasi dengan ketersediaan SDM yang ada

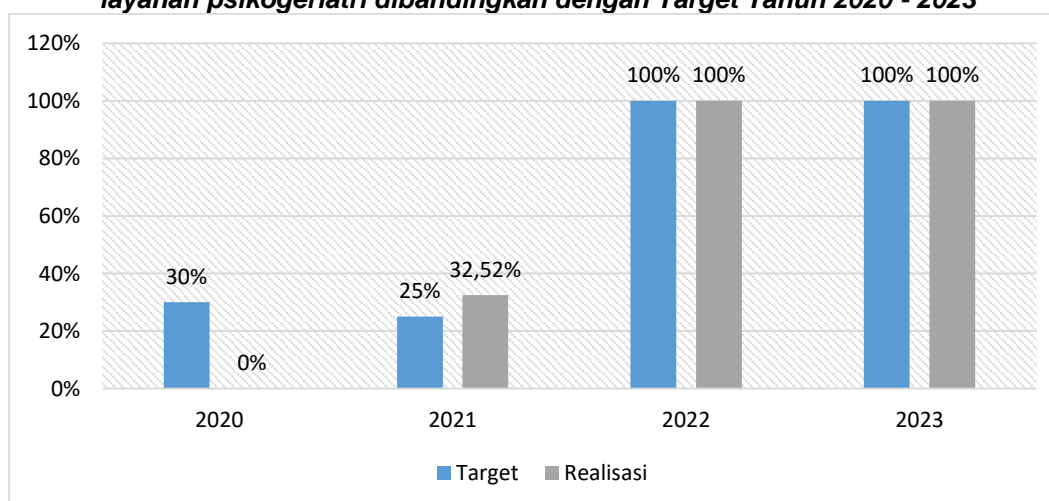
### 10) Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri


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

**Table 26 Capaian Tercapainya Peningkatan Kompetensi RS yang Diampu RSJRW dalam Layanan Psikogeriatri Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Grafik 11 Capaian Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**





Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri pada tahun 2020 hingga 2023 cenderung mengalami peningkatan. Namun hanya pada tahun 2020 tidak mencapai target yang ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

Indikator ini tercapai sesuai target yang ditetapkan, yaitu 100%. Target Indikator tahun 2023 dibandingkan dengan tahun 2022 sama, sehingga memudahkan dalam pencapaiannya.

Realisasi Tahun 2023 adalah 100% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam meningkatkan fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya fungsi jejaring kemitraan dan pemberdayaan telah terpenuhi dari output Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan psikogeriatri melalui program kerja tahun 2023 yaitu monev dan intervensi lanjutan sesuai dengan capaian peningkatan kompetensi serta pembaharuan konsep dalam layanan psikogeriatri melalui interaksi pola Kerjasama

#### **Permasalahan :**

- Faktor pendukung capaian indikator ini adalah adanya komitmen dari Manajemen dan Tim pengampuan untuk mempertahankan kegiatan pengampuan
- Adanya komunikasi secara periodik anantara RSJ Dr. Radjiman dengan 2 RSJ daerah yang diampu yaitu RSJD Dadi Makasar dan RSJ Shofifi Maluku Utara

#### **Rencana Tindak Lanjut :**

- Meningkatkan kerja sama dengan melakukan pengampuan RSJ/RS lain di wilayah Jawa Timur
- Optimalisasi kerja sama dengan RS yang diampu

#### **Efisiensi Sumber Daya :**

- Kegiatan pengampuan periode tahun 2023 dilaksanakan dengan RS yang diampu datang ke RSJRW sehingga pembiayaan mengalami penghematan
- Kegiatan pengampuan bisa dilaksanakan secara zoom meeting sehingga terjadi efisiensi penggunaan anggaran



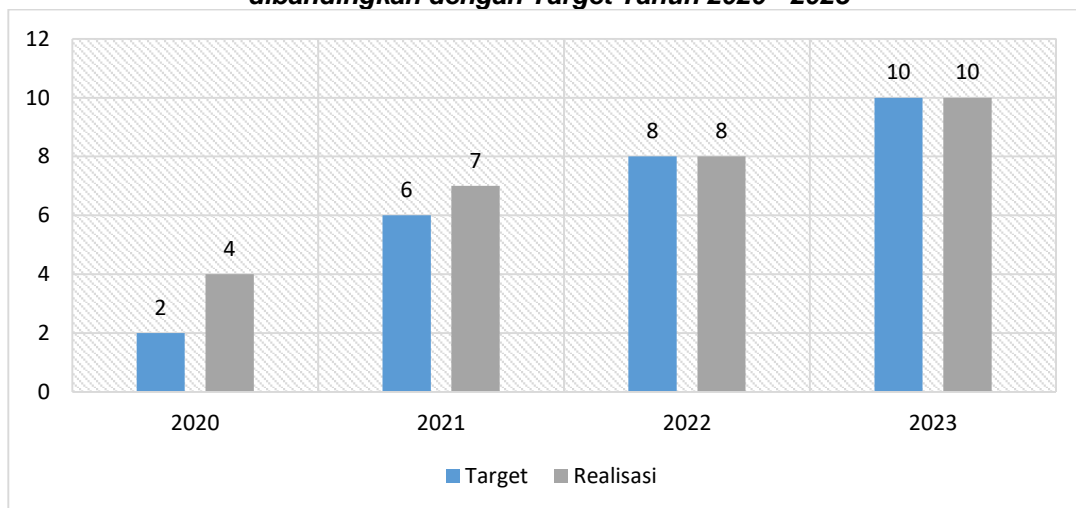
### 11) Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada service excellent

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

Table 27 **Capaian Jumlah Inovasi Pada Unit Kerja yang Berorientasi pada Service Excellent Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada <i>service excellent</i>	8	8	100%	10	10	100%

Grafik 12 **Capaian Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada service excellent dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* pada tahun 2020 hingga 2023 cenderung mengalami peningkatan dan telah mencapai target yang telah ditetapkan.

#### Deskripsi Analisa :

Capaian pada tahun 2023 tercapai 100% (10) dengan target 10. Capaian pada tahun 2023 target 10 tercapai 10 (100%) dibandingkan dengan capaian tahun 2022 memiliki capaian yang sama yaitu 100%.

Adapun 10 capaian inovasi tahun 2023 yang dimaksud adalah:

1. Prohealth
2. Telemedicine
3. Antrian Online

4. Kesambi
5. Rumahku
6. E-Survei
7. Simpel
8. Simon PBJ
9. Penjualan Kompos
10. Tools SKD menggunakan google form

Realisasi Tahun 2023 terdapat 10 inovasi bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 12 inovasi maka kinerja dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan jiwa berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa telah terpenuhi dari output Jumlah inovasi pada unit kerja yang berorientasi pada *service excellent* melalui program kerja tahun 2023 yaitu membangun jejaring inovasi pelayanan antar unit kerja dan/atau lintas profesi.

**Permasalahan :**

Budaya inovasi belum terlaksana dengan optimal di masing-masing unit kerja

**Rencana Tindak Lanjut :**

Sosialisasi budaya inovasi

**Efisiensi Sumber Daya :**

Mayoritas inovasi yang dilakukan adalah tentang digitalisasi sehingga menghemat penggunaan daya

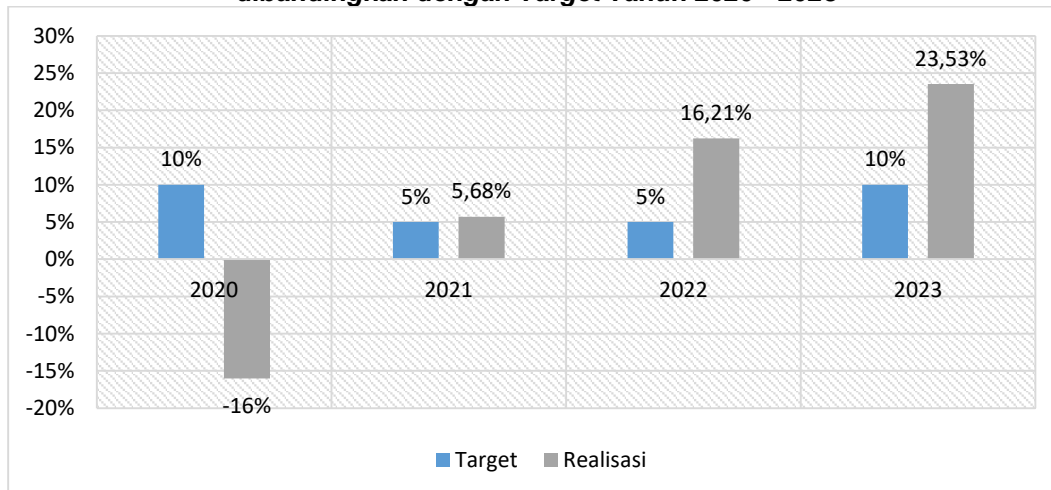
**12) Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa**

Indikator terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa merupakan peningkatan kunjungan dan pemeriksaan pelayanan kesehatan jiwa. Adapun capaiannya sebagai berikut:

**Tabel 28 Capaian Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa	5%	16,21%	324,18%	10%	23,53%	235,30%

**Grafik 13 Capaian Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa target pada tahun 2021 mengalami penurunan dari 10% menjadi 5% hal tersebut dikarenakan capaian indikator Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa pada tahun 2020 tidak tercapai bahkan hingga minus capaiannya. Sedangkan pada tahun 2021 hingga 2023 indikator tersebut tercapai melebihi target yang ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

Indikator ini mencapai target, yaitu 235,30% dari target 10% yang ditetapkan. Capaian ini mengalami penurunan dibandingkan tahun 2022.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 23,53% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 10% maka kinerja dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan jiwa telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya mutu layanan kesehatan jiwa telah terpenuhi dari output Terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa melalui program kerja tahun 2023 yaitu memperbaiki tingkat pencapaian kepuasan pasien terhadap pelayanan serta standarisasi layanan subspecialistik dari aspek akademik, profesional, dan kelembagaan.

#### **Permasalahan :**

Faktor pendukung tercapainya target indikator ini adalah :

- Komitmen peningkatan mutu pelayanan.
- Adanya penataan fasilitas layanan meningkatkan kenyamanan pengunjung
- Komitmen dan loyalitas SDM pemberi pelayanan
- Perbaikan akses pelayanan

### Rencana Tindak Lanjut :

- Meningkatkan kualitas pelayanan melalui diversifikasi layanan
- Peningkatan kemudahan akses layanan
- Peningkatan kompetensi SDM
- Peningkatan kenyamanan dan keamanan pengunjung RSJ RW

### Efisiensi Sumber Daya :

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

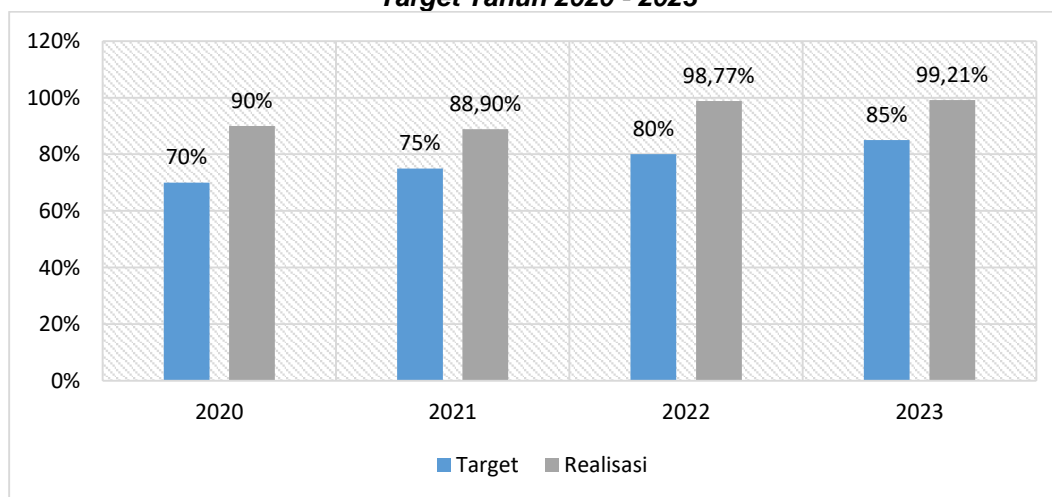
### 13) Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja

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

**Tabel 29 Capaian Persentase Perilaku Pegawai sesuai Budaya Kinerja Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	80%	98,77%	123,46%	85%	99,21%	116,72%

**Grafik 14 Capaian Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa indikator Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja tahun 2020 hingga 2023 telah mencapai target yang telah ditetapkan. Pada tahun 2021 sedikit mengalami penurunan dari tahun 2020 dan mengalami kenaikan di tahun 2022 dan 2023.



### **Deskripsi Analisa :**

Indikator Persentase Perilaku Pegawai Sesuai Dengan Budaya Kinerja tercapai 99,21% dari target 85% sehingga persentase capaian 116,72%. Sedangkan capaian pada tahun 2022 sebesar 123,46% dengan target 80%.

Realisasi pada tahun 2023 melebihi target dikarenakan pegawai sudah mendapatkan pemahaman tentang budaya kerja baik dari Kementerian Kesehatan maupun sosialisasi internal. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2022 memang angkanya lebih rendah, tetapi ini disebabkan karena adanya peningkatan target.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 99,21% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 90% maka kinerja dalam mewujudkan transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan telah terpenuhi dari output Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja melalui program kerja tahun 2023 yaitu internalisasi budaya kinerja pegawai dan peningkatan kompetensi SDM antara lain peningkatan kompetensi SDM kearsipan, peningkatan kompetensi SDM pengelola museum, aktualisasi pegawai kegiatan *rebranding* organisasi, peningkatan kompetensi SDM IPSRS dan kesling, serta peningkatan kompetensi sdm perencanaan dan keuangan.

### **Permasalahan :**

Capaian pada tahun 2023 bisa melebihi target dikarenakan pemahaman pegawai terkait budaya kerja sudah lebih dipahami, disamping hal tersebut pegawai juga sudah mendapatkan pemahaman tentang budaya kerja baik dari Kementerian Kesehatan maupun sosialisasi internal.

### **Rencana Tindak Lanjut :**

Selalu memberikan motivasi terhadap capaian peningkatan hal tersebut, sehingga pegawai merasa nyaman dan aman untuk berada di lingkungan kerjanya.

### **Efisiensi Sumber Daya :**

Kinerja pegawai menjadi meningkat

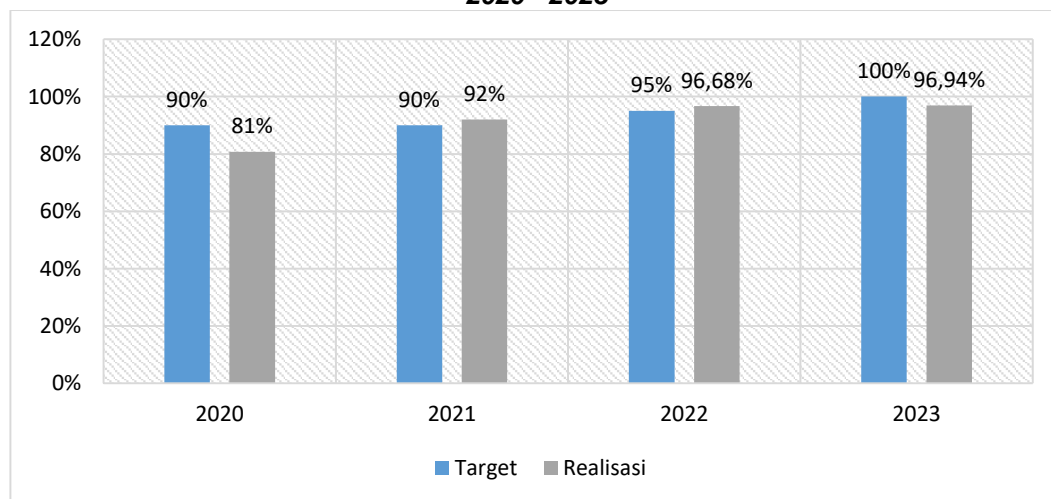
#### 14) Tercapainya indikator mutu unit kerja

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

**Tabel 30 Capaian Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tercapainya indikator mutu unit kerja	95%	96,68%	101,77%	100%	96,94%	96,94%

**Grafik 15 Capaian Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator tercapainya indikator mutu unit kerja cenderung mengalami peningkatan dari tahun 2020 hingga 2023. Namun, pada tahun 2020 dan 2023 tidak mencapai target yang ditetapkan.

#### Deskripsi Analisa :

Pada tahun 2023 capaian indikator Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja tidak mencapai target yang ditetapkan yaitu 100%. Capaian indikator Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja yaitu 96,94%. Jika dibandingkan dengan capaian pada tahun 2022 yaitu 96,68% maka capaian indikator mutu Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja tahun 2023 terjadi peningkatan sebesar 0,26%. Namun karena target capaian pada tahun 2023 ini meningkat menjadi 100% maka capaian ini masih di bawah dari target yang telah ditetapkan.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 96,94% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam mewujudkan transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan telah terpenuhi dari output tercapainya indikator mutu unit kerja melalui program kerja tahun 2023 yaitu implementasi dan monev pelaksanaan indikator mutu dan maintenance capaian indikator mutu unit kerja.

**Permasalahan :**

Faktor yang menyebabkan tidak Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja dengan target 100% adalah masih adanya beberapa indikator mutu unit kerja yang tidak tercapai sesuai target yang telah ditetapkan. Salah satu contoh indikator yang belum tercapai adalah Tingkat Pertumbuhan Pendapatan dengan target 10%.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Melakukan koordinasi dengan beberapa unit kerja yang memiliki indikator mutu tidak tercapai untuk melakukan upaya-upaya agar indikator unit kerja tersebut bisa tercapai sesuai target, sehingga target Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja seluruh rumah sakit bisa tercapai sesuai target yang telah ditetapkan.

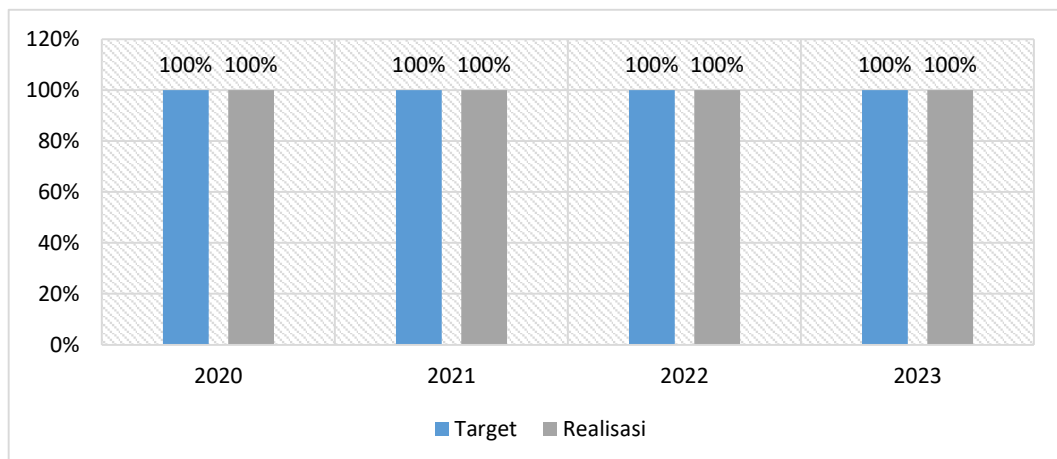
**15) Terakreditasi Internasional**


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

**Table 31 Capaian Terakreditasi Internasional Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terakreditasi Internasional	Re-akreditasi internasional	Verifikasi Internasional	100%	Verifikasi Internasional	Verifikasi Internasional	100%

**Grafik 16 Capaian Terakreditasi Internasional dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**





Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator terakreditasi internasional dari tahun 2020 hingga 2023 tercapai 100%.

**Deskripsi Analisa :**

Untuk Indikator mutu Terakreditasi Internasional sudah dilakukan reakreditasi dengan Lembaga Akreditasi yaitu KARS pada bulan Januari th 2023 dan sudah dinyatakan lulus dengan nomor sertifikat : KARS-SERT/853/I/2023 Selain itu pada Bulan April 2023 juga sudah dilakukan sertifikasi ISO 9001:2015 dan dinyatakan lulus dengan bukti adanya sertifikat ISO 9001:2015, nomor : ID05/00540

Realisasi Tahun 2023 yaitu verifikasi internasional bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah verifikasi internasional maka kinerja dalam mewujudkan transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan telah terpenuhi dari output terakreditasi Internasional melalui program kerja tahun 2023 yaitu persiapan dan pelaksanaan survei verifikasi international dan perbaikan mutu berkelanjutan.

**Permasalahan :**

Kegiatan akreditasi di tahun 2023 telah berjalan dengan lancar dan sukses atas dukungan seluruh unit kerja yang mempunyai komitmen yang sama untuk meraih akreditasi paripurna.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Meningkatkan pelayanan kepada pasien sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI serta standar ISO 9001:2015

**16) Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT**

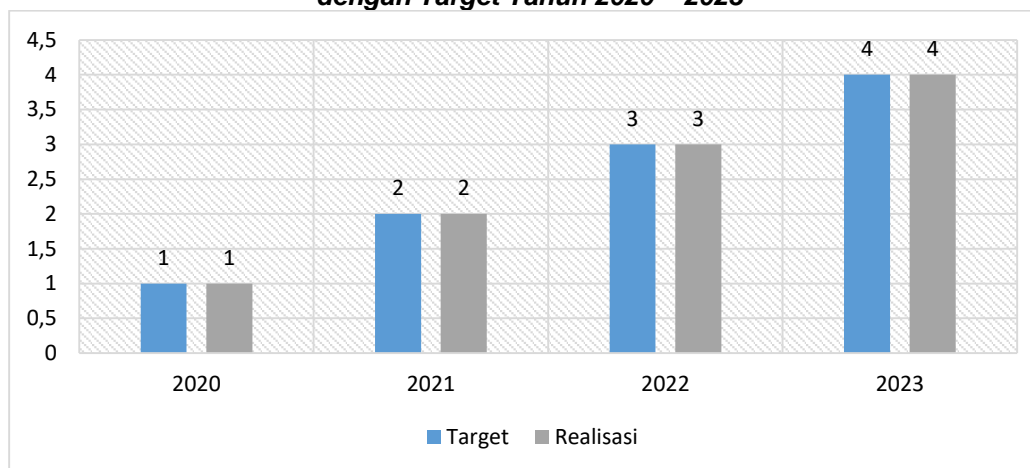
Modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT merupakan pengembangan teknologi informasi secara terintegrasi untuk menunjang mutu efisiensi dan efektivitas pelayanan. Adapun capaiannya sebagai berikut:



**Tabel 32 Capaian Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	3 paket	3 Paket	100%	4 paket	4 Paket	100%

**Grafik 17 Capaian Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT dibandingkan dengan Target Tahun 2020 – 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT pada tahun 2020 hingga 2023 tercapai sesuai target.

**Deskripsi Analisa :**

Capaian indikator Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT pada tahun 2023 tercapai 100%. 4 Paket tersebut diantaranya adalah BIOS, Aplikasi Antrian Online, Aplikasi Integrasi dan Aplikasi SIMON PBJ

Realisasi Tahun 2023 adalah 4 paket bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 5 paket maka kinerja dalam mencapai sistem IT yang terintegrasi berada pada kondisi yang cukup baik sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Tercapainya sistem IT yang terintegrasi telah terpenuhi dari output Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT melalui program kerja tahun 2023 yaitu pengembangan dan pemeliharaan sarana IT, SIMRS terintegrasi dan rekam medis elektronik, modernisasi pengeloaan BLU (*Office Automation*), sistem monitoring manajemen (*dashboard*), serta standarisasi IT *Security*.

### Permasalahan :

Indikator tersebut dapat tercapai karena SDM yang memenuhi dan infrastruktur yang mendukung. Akan tetapi dalam pelaksanaannya ada kekurangan di jumlah SDM programmer, sehingga waktu pengerjaan variabel-variabel yang mendukung aplikasi-aplikasi untuk pemenuhan BIOS ada yang waktunya belum sesuai target.

### Rencana Tindak Lanjut :

Meningkatkan kemampuan SDM Programmer junior untuk meningkatkan kompetensi, sehingga dapat membantu SDM programmer senior dalam pengerjaan project yang dilakukan.

### Efisiensi Sumber Daya :

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

## 17) OEE (Overall Equipment Effectiveness)

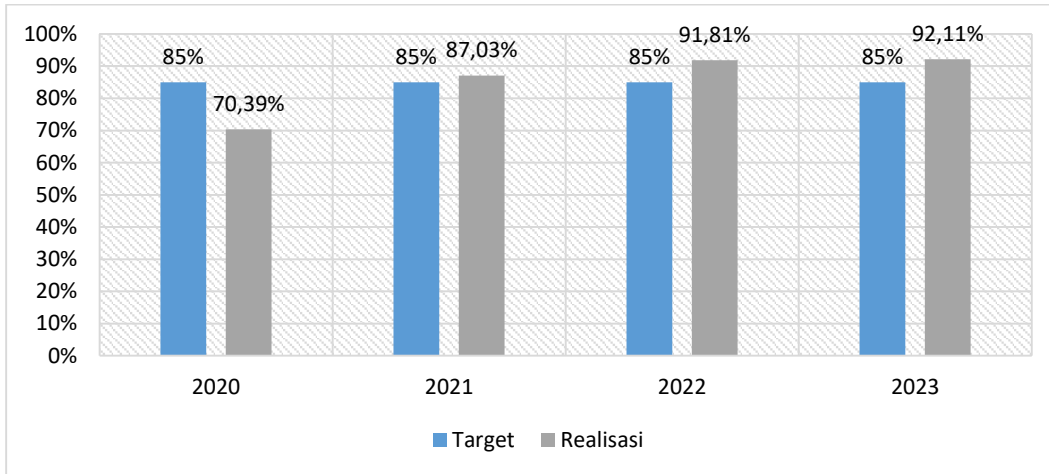
OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) adalah suatu cara untuk mengukur kinerja mesin produksi dalam penerapan program TPM (*Total Productive Maintenance*). OEE adalah total pengukuran terhadap performance yang berhubungan dengan availability, proses produktivitas dan kualitas. Dalam bahasa Indonesia,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

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

**Tabel 33 Capaian OEE (Overall Equipment Effectiveness) Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%	91,81%	108,01%	85%	92,11%	108,36%

**Grafik 18 Capaian OEE (Overall Equipment Effectiveness) dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik diatas dapat diketahui bahwa capaian OEE (Overall Equipment Effectiveness) dari tahun 2020 hingga 2023 cenderung mengalami peningkatan. Namun, pada tahun 2020 capaian OEE (Overall Equipment Effectiveness) tidak mencapai target yang ditetapkan. Faktor yang mempengaruhi tidak tercapainya indikator OEE adalah performance alat yang tidak banyak digunakan karena penurunan jumlah pasien.

**Deskripsi Analisa :**

Realisasi indikator OEE sepanjang tahun 2023 cukup fluktuatif, dimana capaian terendah terjadi pada bulan Februari 2023 yaitu sebesar 89,67% dimana dipengaruhi oleh adanya masa pemeliharaan Mesin IPAL di bulan Februari. Sedangkan untuk capaian tertinggi tercapai pada bulan Juni, dimana capaian Indikator OEE mencapai angka 93,97%. Namun secara keseluruhan Indikator ini memenuhi target dimana capaian mencapai 108,37%. Hal ini dikarenakan mesin dan alat baik medis maupun non medis berfungsi dengan baik sepanjang tahun 2023, dimana didukung dengan adanya pemeliharaan secara berkala.

**Tabel 34 Capaian OEE Semester I tahun 2023**

NO	OEE	Target	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Rata-rata/semester
1	CT Scan	85%	97,85%	97,57%	97,22%	97,82%	97,18%	97,31%	97,49%
2	SWD Fisioterapi	85%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%
3	IPAL	85%	97,70%	75,77%	92,63%	91,93%	92,30%	91,37%	90,28%
4	Genset 500 KVA	85%	89,66%	87,32%	93,99%	85,88%	91,78%	93,83%	90,41%
5	Mesin Pengereng	85%	90,90%	98,30%	90,70%	93,20%	90,70%	98,30%	93,68%
6	Mesin Cuci	85%	87,10%	85,40%	90,10%	89,20%	92,70%	94,20%	89,78%
7	Mesin Seterika	85%	95,10%	87,90%	92,10%	86,80%	94,10%	91,60%	91,27%
8	Boiler	85%	89,80%	89,30%	90,30%	88,80%	90,30%	89,30%	89,63%
	<b>Rata-rata/Bulan</b>		<b>92,99%</b>	<b>89,67%</b>	<b>92,86%</b>	<b>91,18%</b>	<b>93,11%</b>	<b>93,97%</b>	<b>92,30%</b>

**Table 35 Capaian OEE Semester II tahun 2023**

NO	OEE	Target	Jul	Agt	Sep	Okt	Nop	Des	Rata-rata/semester
1	CT Scan	85%	98,30%	97,63%	97,41%	97,72%	98,47%	97,45%	97,83%
2	SWD Fisioterapi	85%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%	95,83%
3	IPAL	85%	88,81%	85,74%	85,57%	85,28%	86,85%	85,64%	86,32%
4	Genset 500 KVA	85%	85,82%	86,25%	86,11%	96,31%	93,66%	90,28%	89,74%
5	Mesin Pengereng	85%	94,40%	90,70%	94,40%	90,70%	90,70%	94,40%	92,55%
6	Mesin Cuci	85%	93,50%	94,30%	91,50%	90,30%	90,30%	86,00%	90,98%
7	Mesin Seterika	85%	94,60%	96,30%	91,00%	92,50%	87,40%	90,90%	92,12%
8	Boiler	85%	89,80%	90,30%	89,80%	90,30%	90,30%	89,80%	90,05%
	<b>Rata-rata/Bulan</b>		<b>92,63%</b>	<b>92,13%</b>	<b>91,45%</b>	<b>92,37%</b>	<b>91,69%</b>	<b>91,29%</b>	<b>91,93%</b>

Perhitungan rata-rata pencapaian OEE pada semester I tahun 2023 adalah 92,30% dan pada semester II tahun 2023 sebesar 91,93%. Sehingga realisasi capaian indikator OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) tahun 2023 sebesar 92,11%.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 92,11% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah 85% maka kinerja dalam meningkatkan kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainnya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset telah terpenuhi dari output OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) melalui program kerja tahun 2023 yaitu maintenance fungsi peralatan RS dan alkes serta pengembangan inovasi baru di bidang peralatan dan alkes sesuai perkembangan teknologi.

**Permasalahan :**

Beberapa mesin dan peralatan di Instalasi Binatu memerlukan peremajaan, karena usia pakai yang sudah mencapai batas, namun masih dapat difungsikan dan dimanfaatkan.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Tetap dianggarkan untuk pemeliharaan mesin-mesin secara berkala

**18) Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan**

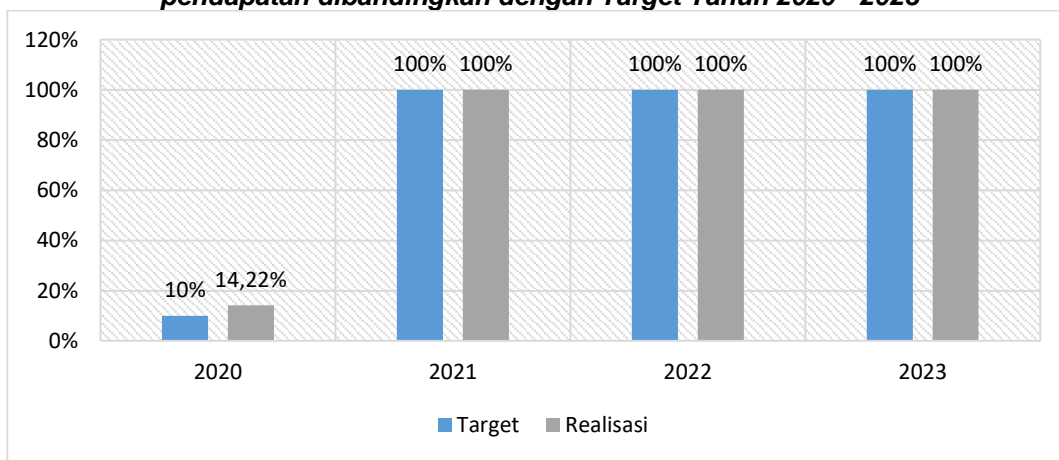
Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan merupakan proses kerja dalam manajemen aset yang bertujuan untuk mengoptimalkan

potensi fisik (tanah), jumlah, legal, dan nilai ekonomi yang dimiliki aset tersebut untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan. Berikut merupakan capaiannya:

**Table 36 Capaian Persentase Pemanfaatan Aset untuk Meningkatkan Mutu Layanan dan Pendapatan Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Grafik 19 Capaian Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan target pada tahun 2020. Namun capaian indikator Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan tahun 2020 hingga 2023 telah mencapai target yang telah ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

Pemanfaatan Aset tercapai 100% pada tahun 2023 salah satunya karena telah dibentuk Tim Unit Usaha dan tersusunnya tarif pemanfaatan aset serta pemasaran untuk mencari investor yang handal.

Realisasi Tahun 2023 yaitu 100% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah 100% maka kinerja dalam meningkatkan kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capainya pada tahun-tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset telah terpenuhi dari output Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan

melalui program kerja tahun 2023 yaitu pelaksanaan dan monev pemanfaatan aset serta remapping dan optimalisasi aset yang belum termanfaatkan.

**Permasalahan :**

Walaupun target tercapai 100% masih ada aset lahan tanah yang perlu dioptimalkan karena terkendala belum adanya akses dan keterbatasan sistem pengairan.

**Rencana Tindak Lanjut :**

- Usulan pembuatan akses jalan makadam atas lahan tersebut dengan harapan kedepan nila sewa lahan bisa meningkat
- Mencari investor handal untuk pemanfaatan lahan tersebut dengan memperhitungkan pembuatan akses jalan dalam Perjanjian Kerjasama

**Efisiensi Sumber Daya :**

Efisiensi sumber daya SDM Unit Usaha sebagian masih paruh waktu selama pelaksanaan pencapaian indikator.

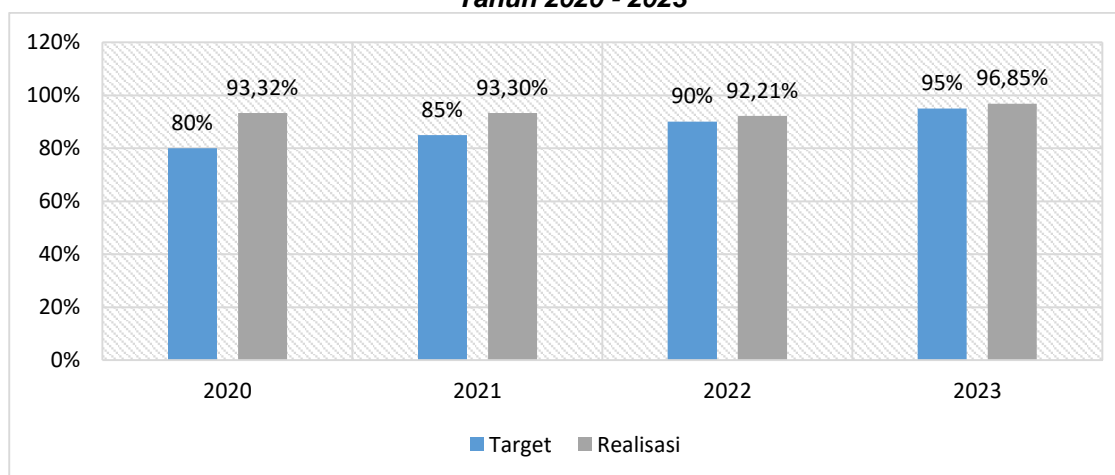
**19) Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar**


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

**Table 37 Capaian Persentase Kompetensi Pegawai yang Sesuai Standar Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	90%	92,21%	102,46%	95%	96,85%	101,95%

**Grafik 20 Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**





Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar tahun 2020 hingga 2022 cenderung mengalami penurunan walaupun hanya sedikit namun telah mencapai target yang telah ditetapkan. Kemudian pada tahun 2023 mengalami peningkatan dan sudah mencapai target yang ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

Tahun 2023 untuk indikator persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar tercapai melebihi target dengan realisasi 96,85% dari target 95% dan capaian 101,94%. Capaian indikator persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar pada tahun 2022 dari target 90% tercapai 102,46%. Terjadi penurunan capaian pada tahun 2023 sebesar 0,52% dibandingkan capaian tahun 2022, tapi masih melebihi target yang ditetapkan di tahun 2023.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 96,85% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam meningkatkan kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas berada pada kondisi yang cukup baik sehingga perlu ditingkatkan hal yang masih menjadi kekurangannya dan dikejar capainnya pada tahun-tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas telah terpenuhi dari output Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar melalui program kerja tahun 2023 yaitu penyusunan profil kompetensi pegawai RS Jiwa sesuai kebutuhan unit, mengupayakan tercapainya SDM yang unggul dan berdaya saing tinggi, dan monev kegiatan tahun sebelumnya.

#### **Permasalahan :**

Faktor yang mendukung tercapainya indikator kinerja ini adalah

- Banyaknya pelatihan yang diselenggarakan oleh institusi pelatihan atau instansi pemerintah melalui pelatihan daring atau laman web dan tidak berbayar.
- Adanya kewajiban untuk memberikan pelatihan minimal 20 JPL bagi seluruh pegawai sehingga selain mengikutkan pelatihan secara eksternal juga mengadakan pelatihan-pelatihan internal.

#### **Rencana Tindak Lanjut :**

Tetap mengikutkan pegawai untuk peningkatan kompetensi baik secara internal maupun eksternal.

### Efisiensi Sumber Daya :

Efisiensi anggaran apabila peningkatan kompetensi yang non teknis dilakukan melalui daring tanpa mengurangi standar kompetensi yang harus dicapai.

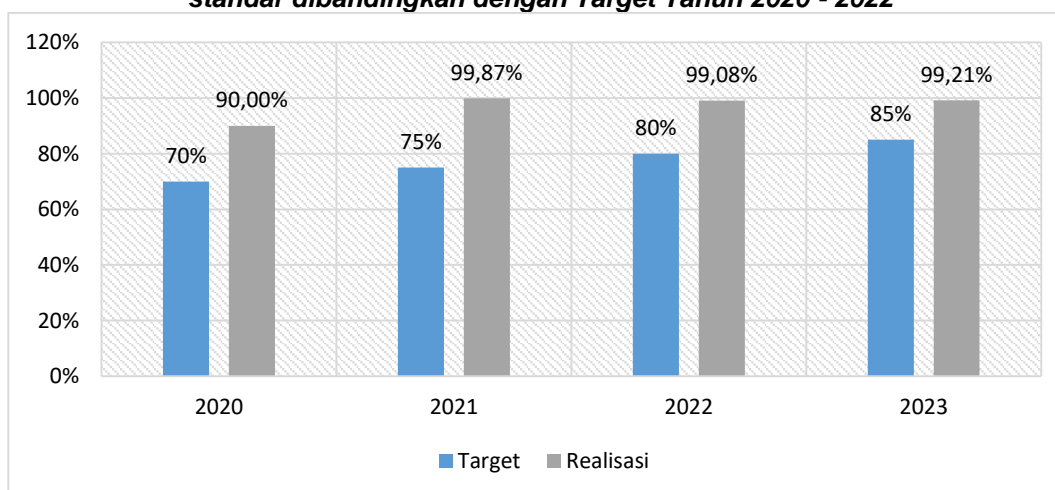
### 20) Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar

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

**Table 38 Capaian Persentase Hasil Penilaian Komponen Kualitas dan Perilaku Kinerja Sesuai Standar Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	80%	99,08%	123,85%	85%	90,91%	106,95%

**Grafik 21 Capaian Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2022**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar tahun 2020 hingga 2023 telah mencapai target yang ditetapkan.

### Deskripsi Analisa :

Capaian pada tahun 2023 melebihi target dikarenakan pegawai sudah mendapatkan pemahaman tentang capaian kinerja serta perilaku yang baik serta ada bukti peningkatan kesejahteraan. Bila dibandingkan dengan capaian tahun 2022 memang angkanya lebih rendah, tetapi ini disebabkan karena adanya peningkatan target.



Realisasi Tahun 2023 yaitu 99,21% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah 90% maka kinerja dalam meningkatkan kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas telah terpenuhi dari output Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar melalui program kerja tahun 2023 yaitu penerapan sistem *feedback* personal dan interpersonal dalam organisasi dan *monev* kualitas dan perilaku kinerja.

**Permasalahan :**

Capaian pada tahun 2023 bisa melebihi target dikarenakan kinerja pegawai lebih meningkat dan pegawai lebih memahami perilaku pegawai setelah mengikuti acara webinar serta sosialisasi tentang Kode Etik Pegawai baik dari Kemenkes maupun dari internal

**Rencana Tindak Lanjut :**

Selalu memberikan motivasi terhadap capaian peningkatan hal tersebut, dan dengan peningkatan tersebut ada dampak terhadap peningkatan kesejahteraan pegawai

**Efisiensi Sumber Daya :**

Peningkatan motivasi serta kinerja pegawai

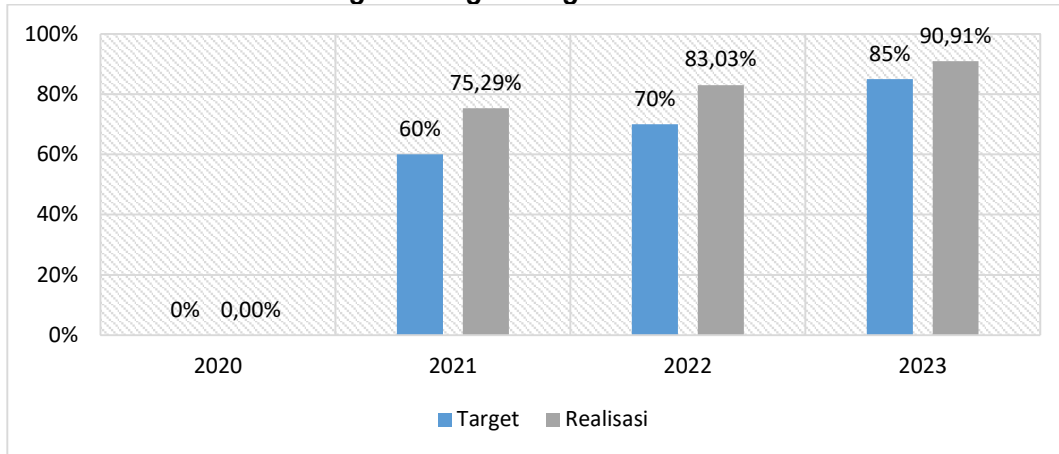
**21) Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal**

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

**Table 39 Capaian Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	70%	83,03%	118,61%	85%	90,91%	106,95%

**Grafik 22 Capaian Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa pada tahun 2020 tidak ada target dan capaiannya dikarenakan belum ada dalam perjanjian kinerja. Selanjutnya capaian indikator Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal pada tahun 2021 hingga 2023 telah tercapai sesuai target yang ditetapkan.

#### **Deskripsi Analisa :**

Indikator mutu Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) pada tahun 2023 berhasil tercapai dengan disediakannya komputer khusus SISRUTE serta koordinasi dengan Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi SIMRS RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat. Indikator mutu Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal berhasil mencapai target dengan disediakannya komputer khusus SISRUTE, koordinasi dengan Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi SIMRS RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat serta kerjasama dengan Fasilitas Kesehatan Perujuk atau Rujukan.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 90,91% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 sebesar 100% maka kinerja dalam peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi berada pada kondisi yang cukup sehingga perlu ditingkatkan hal yang menjadi kekurangannya dan dikejar capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi telah terpenuhi dari output Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal melalui program kerja tahun 2023 yaitu sosialisasi pengoperasional sistrute apabila ada update, monitoring dan evaluasi pemanfaatan sistrute, optimalisasi pemanfaatan sistrute serta monitoring dan evaluasi hardware dan jaringan.

#### **Permasalahan :**

Kendala dari sisi gadget yang dipergunakan, dimana penggunaan komputer khusus SISRUTE kadang masih dipakai untuk keperluan lain, sehingga berisiko suara notifikasi rujukan masuk tidak terdengar dan memperlambat respon.

### Rencana Tindak Lanjut :

Untuk SISRUTE, sosialisasi pemanfaatan SISRUTE telah dilakukan, kerjasama dengan Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi SIMRS dalam pelaksanaannya (SDM dan sarana), komunikasi dengan fasilitas kesehatan perujuk dan rujukan. Penggunaan komputer khusus SISRUTE seminimal mungkin untuk keperluan lain.

### Efisiensi Sumber Daya :

Dalam operasionalnya proses SISRUTE ini memanfaatkan sumber daya gadget yang sudah ada di Instalasi Gawat Darurat yaitu HP Hotline IGD, PC khusus dan beberapa HP personil IGD yang dipasang aplikasi SISRUTE.

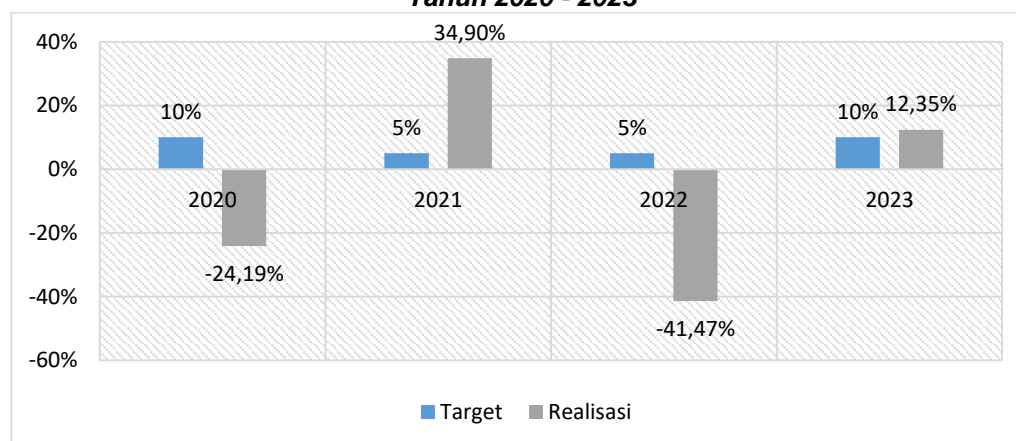
## 22) Tingkat pertumbuhan pendapatan

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

**Table 40 Capaian Tingkat Pertumbuhan Pendapatan Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Tingkat pertumbuhan pendapatan	5%	-41,47% (0%)	0%	10%	12,35%	123,5%

**Grafik 23 Capaian Tingkat Pertumbuhan Pendapatan dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa terdapat perbedaan target pada tahun 2020. Dari tahun 2020 hingga 2023 indikator tingkat pertumbuhan pendapatan tercapai di tahun 2021 dan 2023.



### **Deskripsi Analisa :**

Tingkat Pertumbuhan Pendapatan pada tahun 2023 mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan realisasi tahun 2022.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 12,35% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah 10% maka kinerja dalam mewujudkan pertumbuhan pendapatan berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya pertumbuhan pendapatan telah terpenuhi dari output tingkat pertumbuhan pendapatan melalui program kerja tahun 2023 yaitu Koordinasi optimalisasi peningkatan pendapatan dengan masing-masing direktorat, Optimalisasi sistem pembiayaan pelayanan berbasis IT, dan Peningkatan produktifitas pelayanan untuk meningkatkan pendapatan.

### **Permasalahan :**

Tingkat pertumbuhan pendapatan telah mencapai target pada tahun 2023

### **Rencana Tindak Lanjut :**

Mempertahankan capaian

### **Efisiensi Sumber Daya :**

SIRS yang terintegrasi yaitu e-Klaim terintegrasi INA-CBGS, e-Medical Record, V-Claim.

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

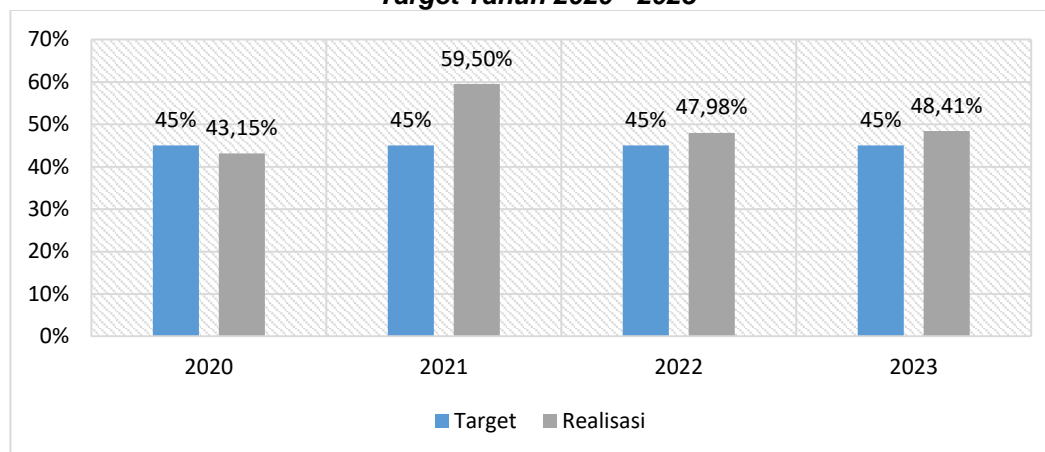
Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional merupakan perbandingan antara Pendapatan PNPB dengan Biaya Operasional dalam satu periode. Pendapatan PNPB merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang atau jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari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

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

**Table 41 Capaian Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional  $\geq$  45% Tahun 2022 dan 2023**

Indikator Kinerja	Tahun 2022			Tahun 2023		
	Target	Realisasi	Capaian	Target	Realisasi	Capaian
Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional $\geq$ 45%	$\geq$ 45%	47,98%	106,62%	$\geq$ 45%	48,41%	107,6%

**Grafik 24 Capaian Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional dibandingkan dengan Target Tahun 2020 - 2023**



Berdasarkan grafik di atas dapat diketahui bahwa capaian indikator Rasio Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional tidak tercapai hanya pada tahun 2020.

#### **Deskripsi Analisa :**

Rasio POBO adalah rasio yang membandingkan Pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional. Rasio ini digunakan untuk mengukur kemampuan pendapatan PNPB dalam membiayai kegiatan Operasional. POBO pada Tahun 2023 menunjukkan hasil perhitungan sebesar 48,41% artinya kemampuan Pendapatan PNPB RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam membiayai kegiatan operasional sebesar 48,41%.

Realisasi Tahun 2023 adalah 48,41% bila dibandingkan dengan target jangka menengah yaitu tahun 2024 adalah  $\geq$  45% maka kinerja dalam mewujudkan efisiensi anggaran telah berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Pendapatan PNPB meningkat dengan adanya penerimaan dari klaim Covid. Berdasarkan capaian data tersebut di atas dalam rangka memenuhi *Outcome* Terwujudnya efisiensi anggaran telah terpenuhi dari output Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional  $\geq$  45% melalui program kerja tahun 2023 yaitu peningkatan produktifitas dan efisiensi unit kerja.

### Permasalahan :

Kemampuan Pendapatan PNBPN RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam membiayai kegiatan operasional sebesar 48,41%.

### Rencana Tindak Lanjut :

Mempertahankan capaian dengan mengintensifkan program-program untuk meningkatkan pendapatan dan mengoptimalkan biaya/beban pegawai, persediaan, farmasi & atau administrasi & umum

### Efisiensi Sumber Daya :

- Mengidentifikasi SDM untuk kebutuhan layanan
- Pengeluaran biaya dengan skala prioritas
- Pengendalian mutu dan efisiensi biaya

### 24) Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya.

#### 1. Persen pemenuhan

$$\frac{\text{Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A)}}{\text{Standar Acuan}} \times 100\%$$

#### 2. Persen prasarana dan alat kesehatan

$$\frac{\text{Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi}}{\text{jumlah alat wajib kalibrasi}} \times 100\%$$

#### 3. Menghitung Hasil akhir/Persentase pemenuhan SPA


$$\frac{\text{Persentase SPA} + \text{Persentase Kalibrasi}}{2}$$

**Tabel 42 Capaian Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	95%	96,53%	101,61%

### Deskripsi Analisa :

Pencapaian indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar di tahun 2023 sebesar 101,61% melebihi target hal ini dikarenakan SPA yang tersedia sudah terpenuhi dan upaya memaksimalkan pemanfaatan sarana, prasarana dan alat kesehatan yang tersedia dengan pemeliharaan secara berkala. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes.



Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 96,53% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 95% maka kinerja dalam meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

**Permasalahan :**

Ada beberapa sarana, prasarana dan alat kesehatan yang tersedia mengalami kerusakan namun dengan jumlah yang tersedia tidak mempengaruhi pemenuhan SPA dalam pelayanan.

**Rencana Tindak Lanjut :**

- Tetap melakukan pemeliharaan sarana, prasarana dan alat kesehatan secara berkala.
- Tetap melakukan penjadwalan kalibrasi uji fungsi alat kesehatan dan penganggarannya.

**Efisiensi Sumber Daya :**

Pemeliharaan rutin dilakukan oleh tenaga ATEM yang dimiliki oleh RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dan pelaksanaan kalibrasi dilakukan oleh pihak ke-3 yang kompeten dibidangnya.

**25) Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal**

Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal adalah Selisih NDR RS Vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya X 100%

**Tabel 43 Capaian Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%	0,27%	Tercapai

**Deskripsi Analisa :**

Indikator ini mencapai target yang ditetapkan yaitu kurang dari 2,5%. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 0,27% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar kurang dari 2,5% maka kinerja dalam menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

### Rencana Tindak Lanjut :

- Pemahaman petugas dalam keselamatan pasien perlu menjadi kesadaran wajib bagi setiap pemberi pelayanan untuk meminimalisir terjadinya mortalitas
- Peningkatan kompetensi pemberi pelayanan dan menjaga keselamatan pasien diprogramkan secara rutin setiap tahun

### Efisiensi Sumber Daya :

Kegiatan ini melibatkan banyak SDM dan dari beberapa unit kerja. Namun kondisi ini tidak berdampak terhadap peningkatan beban kerja SDM.

### 26) Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan

Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan merupakan jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke direktorat pelayanan kesehatan rujukan.

**Tabel 44 Capaian Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 kali	2 kali	100%

### Deskripsi Analisa :

Pelaksanaan audit medis dilakukan 1 kali/semester atau 2 kali/ tahun merupakan indikator baru sebagai bagian dari Transformasi Rumah Sakit Vertikal sehingga di tahun 2022 tidak diukur dan dianalisa. Di tahun 2023, indikator ini tercapai dengan sudah terlaksananya audit medik 2 kali yaitu di bulan Januari dan Juli 2023.

Capaian Tahun 2023 sebesar 100% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 maka kinerja dalam meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

Capaian Tahun 2023 sebesar 100% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 maka kinerja dalam meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.





**Permasalahan :**

Secara kuantitas, maka audit medik ini sudah mencapai target. Akan tetapi dalam proses selanjutnya hasil dari audit medik ini harus dipahami oleh seluruh staf medis agar rekomendasi yang dihasilkan dapat dilaksanakan dan meningkatkan mutu layanan medis.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Monitoring dan evaluasi kepatuhan pelayanan klinis sesuai dengan standar sebagaimana menjadi rekomendasi dari hasil audit medik.

**Efisiensi Sumber Daya :**

Audit medis dilakukan oleh Sub Komite Mutu Profesi di Komite Medik sebagai program rutin dan tidak ada implikasi kebutuhan sumber daya baru untuk mencapai indikator ini.

**27) Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran**

Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran merupakan Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap di RS vertikal agar menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di RS vertikal.

***Tabel 45 Capaian Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran Tahun 2023***

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1 Layanan	1 Layanan	100%

**Deskripsi Analisa :**

Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran merupakan indikator baru sebagai bagian dari Transformasi Rumah Sakit Vertikal sehingga di tahun 2022 tidak diukur dan dianalisa. Sedangkan pada tahun 2023, capaian indikator ini sesuai target dengan adanya layanan Pro Health dan Klinik Eksekutif di rawat jalan.

Capaian Tahun 2023 sebesar 100% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 maka kinerja dalam Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

**Permasalahan :**

Capaian indikator ini sesuai target dengan adanya layanan Pro Health dan Klinik Eksekutif di rawat jalan.

### Rencana Tindak Lanjut :

Pemasaran layanan untuk meningkatkan kunjungan ke pasar potensial, misal asuransi/perusahaan/instansi pemerintah atau swasta. Diharapkan dengan semakin diperluasnya bidang layanan non jiwa maka pengunjung layanan VVIP rawat jalan ini akan meningkat.

### Efisiensi Sumber Daya :

Pembukaan Layanan ini menggunakan SDM dan fasilitas/sarpras yang sudah ada sehingga tidak menimbulkan implikasi pembiayaan baru.

## 28) Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

Persentase kunjungan pasien VVIP di rs vertikal

$$\frac{\text{Jumlah Kunjungan Pasien VVIP}}{\text{Jumlah Total Kunjungan Pasien di RS Vertikal}} \times 100\%$$

**Tabel 46 Capaian Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%	2,05%	20,50%

### Deskripsi Analisa :

Indikator ini tidak mencapai target yang ditetapkan, yaitu capaiannya hanya 20,5%. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 2,05% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 10% maka kinerja dalam Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP berada pada kondisi yang kurang sehingga perlu ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

### Permasalahan :

Faktor yang mendukung indikator kunjungan pasien VVIP tidak tercapai, yaitu :

- Merupakan jenis layanan baru
- Layanan VVIP belum banyak diketahui oleh masyarakat
- Latar belakang pasien sebagian besar dari kalangan menengah ke bawah, sehingga lebih memilih layanan kelas 3 dan kelas 2

### Rencana Tindak Lanjut :

- Peningkatan promosi layanan VVIP ke masyarakat

- Penataan sarpras dalam menunjang kenyamanan pasien
- Peningkatan kemudahan akses layanan VVIP
- Peningkatan kompetensi SDM dalam pemberian layanan

#### **Efisiensi Sumber Daya :**

Pelayanan dengan mendayagunakan SDM yang ada sehingga tidak menambah SDM

#### **29) Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional**

RS yang menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya. Proses kerja sama yang dijalani yakni peninjauan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.

**Tabel 47 Capaian Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	1 Layanan	1 Layanan	100%

#### **Deskripsi Analisa :**

Indikator ini mencapai target, yaitu 100% dari target 1 layanan yang ditetapkan. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Capaian Tahun 2023 sebesar 100% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 maka kinerja dalam Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

#### **Permasalahan :**

Faktor yang mendukung ketercapaian target RS dalam menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan LN adalah RSJRW bekerja sama dengan SIF Singapore dan RS di Taiwan dalam layanan psikogeriatri

#### **Rencana Tindak Lanjut :**

- Penataan layanan psikogeriatri berdasar standar internasional
- Peningkatan SDM dengan pelatihan ke luar negeri
- Perbaiki layanan secara berkesinambungan menyesuaikan dengan trend layanan secara Internasional

## Efisiensi Sumber Daya :

Pelayanan dengan mendayagunakan SDM yang ada sehingga tidak menambah SDM

### 30) Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

- Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.
- Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.
- Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.
- Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.
- Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit
- Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00
- Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.
- Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman

**Tabel 48 Capaian Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%	100%	142,86%

### Deskripsi Analisa :

Pencapaian indikator Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar di tahun 2023 sebesar 142,86% melebihi target hal ini dikarenakan penyediaan fasilitas parkir yang ada melebihi kendaraan yang parkir. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 100% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 70% maka kinerja dalam terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal berada pada kondisi yang sangat baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

### Permasalahan :

Dengan memakai jasa penyedia pengelolaan parkir pihak ke-3, maka pelaksanaan perparkiran berjalan dengan optimal.

### Rencana Tindak Lanjut :

Tetap melakukan evaluasi berkala.

### Efisiensi Sumber Daya :

Dengan memakai jasa penyedia pengelolaan parkir pihak ke-3, maka RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang diuntungkan dengan penerimaan hasil jasa pengelolaannya.

### 31) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

- Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat.
- Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.
- Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah  $\leq 120$  menit.

**Tabel 49 Capaian Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	$\geq 80\%$	91,59%	114,49%

### Deskripsi Analisa :

Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang merupakan indikator baru sebagai bagian dari Transformasi Rumah Sakit Vertikal. Capaian indikator ini sesuai target karena secara sistem pelayanan baik mulai proses admisi, pemeriksaan di klinik sampai dengan pelayanan resep masing-masing telah dilakukan tepat waktu. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 91,59% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar lebih dari 80% maka kinerja dalam terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal berada pada kondisi yang sangat baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

### Permasalahan :

Saat ini pengumpulan datanya dilakukan semi manual dengan menarik data dari 1 sumber yaitu SIMRS untuk data waktu pasien mendaftar sampai masuk klinik, sedangkan untuk data waktu penerimaan obat dari SIMFARMASI. Cara ini membuat waktu yang diperlukan dalam pengumpulan data tidak efisien dan risiko kesalahan pengumpulan data.

### Rencana Tindak Lanjut :

Dari sisi pelayanan, akan mempertahankan ketepatan waktu pelayanan di tiap pos mulai dari admisi, pemeriksaan di klinik sampai dengan pelayanan resep. Dari pengumpulan data, sebagai indikator baru, Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang akan dikoordinasikan dengan Instalasi SIRS agar bisa langsung dilakukan penarikan data dari sistem. Dengan cara tersebut diharapkan meminimalisir kesalahan pengumpulan data dan lebih efisien dalam hal waktu pengerjaan data

### Efisiensi Sumber Daya :

- Waktu Pelayanan Tanpa Pemeriksaan Penunjang cukup efisien dari sisi waktu pelayanan dibuktikan dengan capaian yang sesuai target. Dengan waktu pelayanan yang efisien diharapkan mampu meningkatkan kepuasan pelanggan baik internal maupun eksternal.
- Untuk pengumpulan data, saat ini masih dilakukan semi manual sehingga belum cukup efisien. Diharapkan dapat dilakukan penarikan data otomatis melalui sistem SIMRS dan SIMFARMASI.

### 32) Penundaan waktu Operasi Elektif

Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.

**Tabel 50 Capaian Penundaan waktu Operasi Elektif Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Penundaan waktu Operasi Elektif	$\leq 3\%$	0%	Tercapai

### Deskripsi Analisa :

Indikator ini mencapai target, sesuai yang ditetapkan yaitu kurang dari 3%. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 0% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar kurang dari 3% maka kinerja dalam terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

### Permasalahan :

Faktor pendukung capaian yaitu setiap pasien yang ada indikasi operasi direncanakan sesuai program Operasi yang disampaikan ke pasien, sehingga pasien tidak perlu menunggu untuk dilakukan operasi.

### Rencana Tindak Lanjut :

- Peningkatan pemahaman rencana operasi perlu terus diprogramkan dengan edukasi sejak awal pasien ditetapkan indikasi untuk operasi
- Peningkatan kualitas SDM dengan pelatihan sesuai standar

### Efisiensi Sumber Daya :

Pelayanan dengan mendayagunakan SDM yang ada sehingga tidak menambah SDM

### 33) Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

- Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.
- Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis.
- Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan.
- Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik.
- Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.

**Tabel 51 Capaian Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	82,21%	102,76%

### Deskripsi Analisa :

Indikator ini mencapai target yang diharapkan, yaitu 82,21% dari target 80% yang ditetapkan. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 82,21% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar lebih dari 80% maka kinerja dalam terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

### Permasalahan :

Faktor pendukung ketercapaian indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah :

- Komitmen Dokter dalam pemberian layanan tepat waktu
- Pengaturan jadwal dokter dalam memberi layanan dikomunikasikan ke semua dokter pemberi layanan

#### Rencana Tindak Lanjut :

- Ketepatan dokter dalam memberi layanan tepat waktu diiringi dengan reward yang sesuai terhadap dokter pemberi layanan yang melayani tepat waktu
- Diperlukan komitmen seluruh pemberi layanan untuk memberikan layanan secara profesional

#### Efisiensi Sumber Daya :

Pelayanan dengan mendayagunakan SDM secara efektif menunjang efisiensi SDM dalam memberi layanan

### 34) Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI

Waktu *visite* dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja.

**Tabel 52 Capaian Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%	95,88%	119,85%

#### Deskripsi Analisa :

Indikator ini mencapai target yang diharapkan, yaitu 95,88% dari target 80% yang ditetapkan. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 95,88% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar lebih dari 80% maka kinerja dalam terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

#### Permasalahan :

Faktor pendukung ketercapaian indikator visite Dokter adalah :

- Komitmen Dokter dalam pemberian visite sesuai jadwal
- Pengaturan jadwal visite dokter dalam memberi layanan dikomunikasikan ke semua dokter pemberi layanan



### Rencana Tindak Lanjut :

- Kedisiplinan dokter dalam visite diiringi tetap harus memperhatikan standar layanan dalam pemberian layanan
- Diperlukan komitmen seluruh pemberi layanan untuk memberikan layanan secara profesional

### Efisiensi Sumber Daya :

Pelayanan dengan mendayagunakan SDM yang ada sehingga tidak menambah SDM

### 35) Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia

Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia adalah kesesuaian lama perawatan terhadap standar lama perawatan pasien skizofrenia dalam satu episode rawat inap mulai dari fase akut s.d fase stabil yang ditandai adanya perbaikan gejala klinis pasien (diukur menggunakan instrument PANSS Remisi terjadi penurunan skor PANSS remisi sebesar  $\geq 20\%$ ). Standar lama perawatan pasien skizofrenia : 18 hari

**Tabel 53 Capaian Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia	$\geq 60\%$	91,43%	152,38%

### Deskripsi Analisa :

Indikator ini mencapai target, yaitu 91,43% dari target 60% yang ditetapkan. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 91,43% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar lebih dari 60% maka kinerja dalam terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan dan ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

### Permasalahan :

Faktor pendukung ketercapaian indikator, yaitu :

- Komitmen pemberi layanan dalam memberilkan pelayanan secara profesional.
- Kerja sama interdisiplin dalam memberikan pelayanan berkontribusi terhadap hari rawat pasien
- Adanya program rolling dropping secara kontinyu
- Adanya kendali mutu dan kendali biaya untuk setiap pasien yang dilakukan perawatan

### Rencana Tindak Lanjut :

- Monitoring kendali mutu dan biaya dilaksanakan secara komprehensif
- Peningkatan kualitas SDM pemberi layanan dengan peningkatan kompetensi yang sesuai
- Perbaikan sarpras yang menunjang pelayanan

### Efisiensi Sumber Daya :

Pelayanan dengan mendayagunakan SDM yang ada sehingga tidak menambah SDM

### 36) Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup

Perbaikan kualitas hidup Pasien Adiksi NAPZA adalah adanya perbaikan kualitas hidup yang dirasakan oleh pasien meliputi 4 Domain yaitu : Kesehatan Fisik, Psikologis, Hubungan sosial serta lingkungan yang dirasakan oleh pasien.

Kualitas hidup merupakan tingkat kesejahteraan yang dirasakan oleh individu atau sekelompok orang (Molnar, 2009). Kualitas hidup merupakan konsep multidimensional yang kompleks (RADF, 2009). WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif dan menekankan pada persepsi individu mengenai kehidupannya saat ini dan persepsi individu tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai dimana individu tinggal, dan berhubungan.

Pengukuran Kualitas Hidup dilakukan menggunakan instrumen WHOQOL-BREF yang merupakan versi pendek dari WHO QoL 100, terdiri 26 item dengan skala likert 1-5 dan 4 domain (kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, serta lingkungan)

Kesehatan Fisik : Item no 3, 4, 10, 15, 16, 17, and 18

Psikologis : Item no 5, 6, 7, 11, 19, and 26

Hubungan Sosial : Item no 20, 21, and 22

Lingkungan : Item no 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, and 25

Pengukuran dilakukan pada minggu pertama saat pasien masuk dan diukur ulang dalam satu minggu sebelum pasien pulang. Dibandingkan Skor awal dengan skor akhir dan diukur prosentase peningkatannya .

Pasien dianggap mengalami perbaikan fungsi bila mengalami peningkatan skor  $\geq 20\%$

Perhitungan Perbaikan Kualitas Hidup :

(Total Skor WHO QoL saat pasien pulang – Total Skor WHO QoL saat pasien masuk) :

(Total Skor WHO QoL saat pasien masuk ) x 100%

**Tabel 54 Capaian Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup	$\geq 60\%$	100%	166,67%



### **Deskripsi Analisa :**

Indikator ini mencapai target, yaitu 100% dari target 60% yang ditetapkan. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 sebesar 100% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar lebih dari dari 60% maka kinerja dalam terselenggaranya pelayanan *Center of Excellence* di RS Vertikal secara optimal berada pada kondisi yang baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

### **Permasalahan :**

Faktor pendukung ketercapaian indikator, yaitu :

- Komitmen pemberi layanan dalam menerapkan program PK Napza yang ditaati
- Budaya organisasi di Unit layanan diterapkan secara konsisten

### **Rencana Tindak Lanjut :**

- Pemahaman pelayanan PK Napza sesuai Program perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
- Peningkatan pengetahuan pemberi layanan dengan peningkatan kompetensi layanan adiksi napza
- Perbaikan sarpras mengacu pada kebutuhan layanan

### **Efisiensi Sumber Daya :**

Pelayanan dengan mendayagunakan SDM yang ada sehingga tidak menambah SDM

### **37) Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**

Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator :

1. Kepatuhan kebersihan tangan
2. Kepatuhan penggunaan APD
3. Kepatuhan identifikasi pasien
4. Waktu tunggu rawat jalan
5. Kepatuhan waktu visit dokter
6. Pelaporan hasil kritis laboratorium
7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional
8. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)

9. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

**Tabel 55 Capaian Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	12 Laporan	100%
1. Kepatuhan kebersihan tangan	≥ 90%	99,96%	Tercapai
2. Kepatuhan penggunaan APD	100%	99,92%	Tidak Tercapai
3. Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%	Tercapai
4. Waktu tunggu rawat jalan	≥ 80%	96,09%	Tercapai
5. Kepatuhan waktu visit dokter	≥ 80%	97,17%	Tercapai
6. Pelaporan hasil krisi laboratorium	100%	100%	Tercapai
7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥ 90%	97,85%	Tercapai
8. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥ 85%	96,14%	Tercapai
9. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%	Tercapai

**Deskripsi Analisa :**

Pelaporan INM sudah dilakukan setiap bulan (12 lap / tahun). Capaian Indikator Nasional Mutu RS hampir semuanya tercapai sesuai target yang telah ditetapkan. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 yaitu 12 Laporan bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 12 Laporan maka kinerja dalam meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan berada pada kondisi yang sangat baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

**Permasalahan :**

Ada satu Indikator Nasional Mutu RS yang tidak mencapai target yang telah ditetapkan. Indikator mutu yang tidak tercapai adalah Kepatuhan penggunaan APD Penyebab tidak tercapainya indikator ini adalah belum semua pegawai mematuhi SOP penggunaan APD.

**Rencana Tindak Lanjut :**

- Melakukan pelaporan Indikator Nasional Mutu (INM) tepat waktu melalui aplikasi yang telah disediakan oleh Kementerian Kesehatan.
- Rencana Tindak Lanjut yang dilakukan untuk indikator mutu yang tidak tercapai adalah Peningkatan sosialisasi dari IPCN kepada seluruh pegawai.

### 38) Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil.

**Tabel 56 Capaian Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	12 Laporan	100%

#### Deskripsi Analisa :

Pelaporan Indikator Kinerja Utama : Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol merupakan salah satu Indikator Kinerja Utama dalam perjanjian kinerja direktur utama yang ditambahkan pada tahun 2023 ini. Pelaporan untuk indikator ini juga sudah dilakukan rutin secara berkala yaitu setiap satu bulan. Pada tahun 2023 ini ada satu kejadian sentinel yang terjadi yaitu pada bulan Januari 2023.

Realisasi Tahun 2023 yaitu 12 Laporan bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 12 Laporan maka kinerja dalam meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan berada pada kondisi yang sangat baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

#### Permasalahan :

Pada bulan Januari terdapat 1 pasien lari dari ruang perawatan di rumah sakit dan dalam perjalanan mengalami kecelakaan lalu lintas yang mengakibatkan pasien meninggal dunia.

#### Rencana Tindak Lanjut :

- Meningkatkan pengawasan terhadap pasien
- Meningkatkan pelayanan dengan mematuhi SOP yang telah ditetapkan.


### 39) Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

**Tabel 57 Capaian Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 sistem	1 sistem	100%

#### Deskripsi Analisa :

Indikator Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital tercapai 100% dengan adanya aplikasi LIS (*Laboratory Information System*). Indikator ini



merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 yaitu 1 sistem bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 1 sistem maka kinerja dalam meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium berada pada kondisi yang sangat baik sehingga perlu dipertahankan capaiannya pada tahun yang akan datang.

**Permasalahan :**

Aplikasi LIS ini dikembangkan oleh vendor, sehingga dalam praktiknya perubahan yang diperlukan untuk penyesuaian sistem tidak bisa fleksibel.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Untuk setiap perubahan atau penyesuaian sistem LIS dikoordinasikan melalui Ka Instalasi SIRS.

**Efisiensi Sumber Daya :**

Dengan adanya LIS ini mengurangi risiko kesalahan proses pemeriksaan laboratorium dan mempercepat proses penarikan data yang diperlukan.

**40) Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.**

Persentase rumah sakit Vertikal yang melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.

***Tabel 58 Capaian Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi Tahun 2023***

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi	100%	100%	100%

**Deskripsi Analisa :**

Capaian indikator mutu Instalasi Rekam Medis Penyelenggaraan Rekam Medis Elektronik (RME) pada tahun 2022 adalah 100 sedangkan tahun 2023 target 100% tidak tercapai, hanya tercapai 98,41%, karena pada tahun 2023 ada tambahan menu indikator, yaitu rekam medis elektronik pada pasien kamar operasi, yang baru dikerjakan oleh Instalasi

SIRS pada periode akhir tahun 2023. Saat ini target tersebut telah terpenuhi untuk menu rekam medik kamar operasi.

**Permasalahan :**

Indikator mutu Penyelenggaraan Rekam Medik Elektronik (RME) pada tahun 2023 tidak berhasil mencapai target yang ditetapkan, karena ada tambahan indikator, yaitu rekam medis elektronik untuk pasien kamar operasi yang baru bisa diselesaikan oleh Instalasi SIRS pada akhir tahun 2023.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Dengan terselesaikannya menu laporan operasi pada rekam medik elektronik maka capaian indikator mutu Penyelenggaraan Rekam Medik Elektronik (RME) telah tercapai 100%. Untuk selanjutnya tinggal dilakukan proses *maintenance* jika diperlukan perbaikan-perbaikan minor yang diperlukan sesuai kebutuhan pelayanan.

**Efisiensi Sumber Daya :**

Dengan adanya Rekam Medik Elektronik yang telah terintegrasi sangat memudahkan proses input data, proses pencarian dan penarikan data yang diperlukan sewaktu-waktu dari rekam medik, baik untuk kepentingan pelayanan klinis maupun manajerial.

**41) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan**

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan merupakan Jumlah rekomendasi BPK yang telah diselesaikan secara tuntas.

**Tabel 59 Capaian Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	100%	108,11%

**Deskripsi Analisa :**

Indikator ini baru diberlakukan pada tahun 2023, terealisasi sebesar 100% dengan terhadap target 92,5%. Rincian penjelasan sebagai berikut :

- Jumlah Penanggung Hutang 565 orang dengan nilai Rp.405.254.510,-.
- Lunas 91 Penanggung Hutang dengan nilai Rp.1.345.353,-.
- Sudah diusulkan revidi untuk PPNTD kepada Itjen sebanyak 69 Penanggung Hutang dengan nilai Rp.31.479.985,-.

- Tambahan pelunasan 4 Penanggung Hutang dengan nilai Rp.565.388,-.
- Total realisasi penyelesaian piutang : Rp.33.390.726,- : Rp.405.254.510,- = 8,24%
- Target tercapai 8,9%
- Sisa piutang dalam proses penyelesaian Rp.371.863.784,-.
- Hasil konsultasi dengan narasumber PPNTD dinyatakan bahwa bila tagihan dikembalikan tidak perlu ditagih ulang

**Permasalahan :**

- Masih terdapat data yang mana alamat debitur yang tidak ditemukan.
- Surat penagihan yang telah dikirim, kembali kepada pengirim dengan keterangan alamat tidak ditemukan/tidak jelas, pindah alamat, meninggal, tidak dikenal, dll.
- Belum ada jawaban terhadap surat penagihan yang telah dikirim.

**Rencana Tindak Lanjut :**

Koordinasi dan konsultasi dengan unit dan instansi terkait.

**Efisiensi Sumber Daya :**

Tidak dilakukan penagihan lanjutan (ke-2 dan ke-3) terhadap surat penagihan yang kembali kepada pengirim dengan keterangan alamat tidak ditemukan/tidak jelas, pindah alamat, tidak dikenal, dll. Karena hasilnya akan sama dengan surat penagihan pertama sehingga akan menghemat biaya mengingat jumlah tagihannya tidak terlalu besar.

**42) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM


**Tabel 60 Capaian Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	94,68%	99,66%

**Deskripsi Analisa :**

Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU pada tahun 2023 tercapai sebesar 94,68% dari target minimal yang ditetapkan sebesar 95%. Target pendapatan pada tahun 2023 ditetapkan sebesar Rp 63.845.241.000; target minimal ditetapkan sebesar Rp. 60.652.978.950. Realisasi pendapatan sampai dengan 31 Desember 2023 tercapai sebesar Rp. 60.448.996.932, sehingga kekurangan capaian dari target minimal adalah sebesar Rp. 203.982.018. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan





indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 yaitu 94,68% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 95% maka kinerja dalam meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan berada pada kondisi yang cukup sehingga perlu ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

**Permasalahan :**

Kekurangan capaian target minimal realisasi target pendapatan BLU pada tahun 2023 adalah sebesar Rp. 203.982.018. Pada tahun 2023 terdapat klaim obat bulan November 2023 sebesar Rp. 333.848.227 yang belum terbayar

**Rencana Tindak Lanjut :**

- Percepatan penyelesaian klaim obat BPJS paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya
- Meningkatkan kerja sama pemeriksaan kesehatan dengan Instansi potensial di sekitar RSJ Dr. radjiman Wediodiningrat Lawang
- Penyampaian laporan realisasi pendapatan secara tepat waktu paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sebagai bahan minitoring dan evaluasi capaian target pendapatan

**Efisiensi Sumber Daya :**

Upload laporan pendapatan pada TURBONAS setiap bulan

**43) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni merupakan Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibandingkan dengan total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dikali 100%.


**Tabel 61 Capaian Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	96,83%	99,82%

**Deskripsi Analisa :**

Persentase Realisasi Anggaran yang bersumber Rupiah Murni pada tahun 2023 tercapai sebesar 96,83% dari target minimal yang ditetapkan sebesar 97%.

Alokasi anggaran Rupiah Murni pada tahun 2023 ditetapkan sebesar Rp. 77.613.936.000, target minimal capaian realisasi anggaran RM adalah 97% atau sebesar Rp 75.285.517.920. Realisasi penyerapan anggaran tercapai 96,83% atau sebesar Rp 75.151.068.801. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan



indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 yaitu 96,83% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 97% maka kinerja dalam meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan berada pada kondisi yang cukup sehingga perlu ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

**Permasalahan :**

Kekurangan capaian target minimal realisasi anggaran bersumber RM pada tahun 2023 adalah 0,17% atau sebesar Rp. 134.449.119.

1. Belanja Pegawai

Realisasi belanja pegawai tercapai sebesar Rp. 47.416.700.984 dari pagu sebesar Rp. 49.107.738.000 atau sebesar 96,56% dengan penjelasan sebagai berikut :

- Terdapat uang makan bulan desember yang sebagian dibayarkan pada tahun 2024
- Terdapat penurunan realisasi pembayaran tunjangan struktural pada tahun 2023 karena sebagian besar telah dibayarkan tunjangan fungsional
- Terdapat tunjangan fungsional tahun 2023 yang belum terbayarkan sampai dengan bulan Desember tahun 2023 karena Sk baru diterima pada tahun 2024.

2. Belanja Barang

Realisasi belanja barang tercapai sebesar Rp. 23.004.269.389 dari pagu sebesar Rp. 23.770.193.000 atau sebesar 96,78% dengan penjelasan sebagai berikut :

- Belanja pengiriman surat dinas terealisasi sebesar 47,41% karena terdapat pengiriman dokumen tanggal 15-31 Des yang belum ditagihkan.
- Belanja langganan telepon terealisasi 53,10% karena beralih ke media komunikasi yang lain
- Langganan daya dan jasa lainnya terealisasi 64,84% karem adanya persaingan harga antar penyedia yang sehingga didapatkan nilai kontrak yang paling rendah tanpa menurunkan kapasitas dan kualitas bandwidth
- Terdapat efisiensi atas pengadaan PDTT, ATK, Pemeliharaan Peralatan dan Mesin dan pengadaan barang ekstrakomptabel

3. Belanja Modal

Realisasi belanja modal tercapai sebesar Rp. 4.730.098.428 dari pagu sebesar Rp. 4.736.005.000 atau sebesar 99,88%. Belanja modal dengan sumber dana Rupiah Murni digunakan untuk pengadaan alat kesehatan untuk menunjang pelayanan di RSJ Dr. radjiman Wediodiningrat Lawang.

## Rencana Tindak Lanjut :

Koordinasi capaian realisasi belanja anggaran RM terkait :

- Percepatan proses pengadaan barang dan jasa terutama untuk sumber dana Rupiah Murni.
- Pengawasan perencanaan secara ketat dan pembatasan pengadaan diluar perencanaan hanya untuk kegiatan yang benar-benar mendesak.
- Optimalisasi dana dari efisiensi kontrak
- Penyusunan RPD yang lebih baik
- Penyampaian laporan realisasi belanja secara tepat waktu paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sebagai bahan minitoring dan evaluasi capaian target realisasi belanja

## Efisiensi Sumber Daya :

Upload laporan realisasi belanja pada TURBONAS setiap bulan

### 44) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU merupakan Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dikali 100%

**Tabel 62 Capaian Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023**

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	81,99%	86,31%

## Deskripsi Analisa :

Persentase Realisasi Anggaran yang bersumber Rupiah BLU pada tahun 2023 tercapai sebesar 81,99% dari target minimal yang ditetapkan sebesar 95%.

Alokasi anggaran Rupiah BLU pada tahun 2023 ditetapkan sebesar Rp. 63.845.241.000 dan adanya penggunaan Saldo Awal sebesar Rp. 1.640.900.000 membuat pagu anggaran Rupiah BLU meningkat menjadi sebesar Rp 65.486.141.000. Target minimal capaian realisasi anggaran Rupiah BLU adalah 95% dari pagu atau sebesar Rp 62.211.833.950. Realisasi penyerapan anggaran Rupiah BLU tercapai 81,99% atau sebesar Rp 53.691.457.278. Target belum tercapai. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 yaitu 81,99% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 95% maka kinerja dalam meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan berada pada kondisi yang cukup sehingga perlu ditingkatkan capaiannya pada tahun yang akan datang.

## **Permasalahan :**

Penggunaan Saldo Awal pada tahun 2023 adalah untuk

- Belanja Modal Gedung dan Bangunan berupa pengadaan Konsultan Perencana Pembangunan Gedung pelayanan rawat inap dan penunjang (Abhipraya dan Abhinaya) beserta Biaya Pengelolaan Kegiatan dan Honor Panitia pengadaan.
- Belanja Modal lainnya berupa pembuatan MasterPlan beserta Biaya Pengelolaan Kegiatan dan Honor Panitia pengadaan.

Realisasi belanja dari penggunaan saldo awal terealisasi sebesar 66,89%. Realisasi Belanja Modal Gedung dan Bangunan terealisasi 59,06% karena adanya efisiensi dalam proses pengadaan Konsultan Perencana yang dilaksanakan secara lelang. Alokasi Biaya Pengelolaan kegiatan ditetapkan sesuai interpolasi nilai pekerjaan fisik sedangkan untuk realisasi kegiatan disesuaikan dengan kebutuhan dan terserap sebesar 3,99%. Realisasi Belanja Modal Lainnya terealisasi sebesar 80,50% karena adanya efisiensi dalam proses pengadaan pekerjaan Masterplan yang dilaksanakan secara lelang

Alokasi anggaran Rupiah BLU tanpa Saldo awal adalah sebesar Rp. 63.845.241.000 dan terealisasi sebesar Rp. 52.593.837.433 atau sebesar 82,38% dengan penjelasan sebagai berikut :

- perubahan kebijakan pembayaran Remunerasi Pegawai bulan Desember yang pada tahun-tahun sebelumnya dibayarkan pada tahun berkenaan, sedangkan pada tahun 2023 untuk Remunerasi pegawai bulan Desember dibayarkan pada bulan Januari Tahun 2024 melalui mekanisme penggunaan Saldo Awal.
- Belanja modal BLU realisasi pengadaannya disesuaikan dengan kebutuhan yang sangat mendesak dengan memperhatikan kondisi penerimaan pada tahun 2023.
- Adanya efisiensi pada beberapa kontrak pengadaan barang dan jasa BLU.
- Adanya beberapa kegiatan pemeliharaan yang tertunda dan akan dilaksanakan maupun dilanjutkan pada tahun 2024 (pemeliharaan saluran air kotor dan pemeliharaan jaringan listrik)

## **Rencana Tindak Lanjut :**

Koordinasi capaian realisasi belanja anggaran Rupiah BLU terkait :

- Percepatan proses pengadaan barang dan jasa terutama untuk sumber dana Rupiah BLU dengan memperhatikan kondisi penerimaan tahun berjalan.
- Pengawasan perencanaan secara ketat dan pembatasan pengadaan diluar perencanaan hanya untuk kegiatan yang benar-benar mendesak.
- Penyusunan RPD yang lebih baik
- Penyampaian laporan realisasi belanja secara tepat waktu paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sebagai bahan monitoring dan evaluasi capaian target realisasi belanja



### Efisiensi Sumber Daya :

Upload laporan realisasi belanja pada TURBONAS setiap bulan

#### 45) Persentase nilai EBITDA Margin

EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.

*Tabel 63 Capaian Persentase nilai EBITDA Margin Tahun 2023*

Indikator Kinerja	Target	Realisasi	Capaian
Persentase nilai EBITDA Margin	10%	-69%	0%

#### Deskripsi Analisa :

EBITDA margin merupakan salah satu indikator keuangan untuk melihat kemampuan kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit. Hasil capaian ebitda margin pada tahun 2023 sebesar 0% dengan realisasi negatif 69% menunjukkan kemampuan kinerja keuangan belum menghasilkan surplus. Indikator ini merupakan indikator baru pada tahun 2023 yaitu merupakan indikator turunan dari Dirjen Yankes. Sehingga tidak bisa membandingkan capaian tahun ini dengan tahun lalu dan target jangka menengah.

Realisasi Tahun 2023 yaitu -69% bila dibandingkan dengan target tahun 2023 sebesar 10% maka kinerja dalam meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan berada pada kondisi yang sangat kurang sehingga perlu ditingkatkan dan dikejar capaiannya pada tahun yang akan datang.

#### Permasalahan :

Beban Usaha jauh lebih besar dibandingkan dengan pendapatan usaha

#### Rencana Tindak Lanjut :

Mengintensifkan program –program untuk meningkatkan pendapatan dan mengefisienkan biaya/beban pegawai, persediaan, farmasi & atau administrasi & umum

#### Efisiensi Sumber Daya :

- Mengidentifikasi SDM untuk kebutuhan layanan
- Pengeluaran biaya dengan skala prioritas
- Pengendalian mutu dan efisiensi biaya

## 3.1.3 Capaian Kinerja berdasarkan Kontrak Kinerja Tahun 2023

Table 64 Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan I – II Tahun 2023

NO	INDIKATOR	TRIWULAN I					TRIWULAN II					
		STANDAR	TARGET	HAPER	Cn	CIn	STANDAR	TARGET	HAPER	Cn	CIn	
1	Ketersediaan Fasilitas Layanan						75%	82,5%	97,52%	114,92%	14,37%	
2	Ketepatan Waktu Layanan	60%	80%	90,90%	120,00%	24,00%	70%	80%	90,94%	113,92%	14,24%	
3	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	25%					50%					
4	Layanan Unggulan Bertaraf Internasional	100%					100%					
5	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan						60	80	86,63	118,31%	14,79%	
6	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	45%	60%	68,89%	120,00%	24,00%	50%	60%	97,93%	120%	15,00%	
7	Pasien adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	50%	50%	100%	120,00%	24,00%	60%	60%	100%	120%	15,00%	
8	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (PB)	45%	45%	22,09%	69,45%	13,89%	45%	45%	40,48%	93,97%	11,75%	
9	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100%	107,60%	104,56%	20,91%	100%	100%	107,60%	104,56%	13,07%	
10	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU						10%	10%	309,30%	120%	15,00%	
<b>Total Capaian Kinerja (C)</b>					<b>106,80%</b>		<b>Total Capaian Kinerja (C)</b>					<b>113,21%</b>
<b>Nilai (%)</b>					<b>65%</b>		<b>Nilai (%)</b>					<b>30%</b>
<b>nilai IKT</b>					<b>1,70</b>		<b>nilai IKT</b>					<b>2,40</b>

Table 65 Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan III – IV Tahun 2023

NO	INDIKATOR	TRIWULAN III					TRIWULAN IV				
		STANDAR	TARGET	HAPER	Cn	CIn	STANDAR	TARGET	HAPER	Cn	CIn
1	Ketersediaan Fasilitas Layanan						82,5%	82,5%	99,01%	112,01%	11,20%
2	Ketepatan Waktu Layanan	75%	80%	90,02%	110,19%	22,04%	80%	80%	88,24%	106,18%	10,62%
3	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	75%					100%	100%	150%	120,00%	12,00%
4	Layanan Unggulan Bertaraf Internasional	100%					100%	100%	100%	100%	10%
5	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan						76,61	80	87,68	107,53%	10,75%
6	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	55%	60%	98,52%	120,00%	24,00%	60%	60%	100%	120,00%	12,00%
7	Pasien adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	65%	70%	100%	120,00%	24,00%	70%	70%	100%	120,00%	12,00%
8	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (PB)	45%	45%	44,74%	99,65%	19,93%	45%	45%	48,41%	104,55%	10,45%
9	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100%	113,60%	108,16%	21,63%	100%	100%	107,60%	104,56%	10,46%
10	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU						10%	10%	187,20%	120,00%	12,00%
<b>Total Capaian Kinerja (C)</b>					<b>111,60%</b>	<b>Total Capaian Kinerja (C)</b>					<b>111,48%</b>
<b>Nilai (%)</b>					<b>40%</b>	<b>Nilai (%)</b>					<b>40%</b>
<b>nilai IKT</b>					<b>2,20</b>	<b>nilai IKT</b>					<b>2,20</b>

## 3.1.4 Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2023

Tabel 66 Capaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Bulan Januari – Maret Tahun 2023

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Januari			Februari			Maret		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	93,09%	100	5	94,14%	100	5	93,95%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4



No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Januari			Februari			Maret		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:06:02	100	2	1:53:24	100	2	1:55:03	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	47 menit	100	5	43 menit	100	5	34 menit	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤180 mnt	0,05	42 menit	100	5	37 menit	100	5	27 menit	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	51,70 menit	100	5	45,14 menit	100	5	48,52 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	21,46 menit	75	3,75	19,84 menit	50	2,5	19,5 menit	100	5
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80%	0,02	100%	100	2	100%	100	2	100%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	29,93%	80	8	35,42%	80	8	22,09%	60	6
<b>Jumlah TS</b>						<b>98</b>			<b>98</b>			<b>96</b>
<b>Nilai IKI</b>						<b>2</b>			<b>2</b>			<b>2</b>

Tabel 67 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan April – Juni Tahun 2023

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	April			Mei			Juni		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	94,23%	100	5	100%	100	5	93,89%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai indikasi, dilaksanakan oleh tenaga kompeten	100	7
6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan(Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4	Ada Kebijakan, Ada SOP dan Dilaksanakan sesuai dengan SOP Dan Dievaluasi	100	4
No	Judul Indikator	Standar	Bobot	April			Mei			Juni		

1	2	3	4	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
8	Tidak adanya pasien yang dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UPIP	≥95%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
9	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	≥90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	1:53:00	100	2	2:07:48	100	2	1:48:55	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	42 menit	100	5	31 menit	100	5	33 menit	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)	≤240 mnt	0,05	21 menit	100	5	25 menit	100	5	29 menit	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	48,97 menit	100	5	47,35 menit	100	5	44,98 menit	100	5
16	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	20,58 menit	100	5	19,87 menit	100	5	21,22 menit	100	5
17	Kelengkapan dan Ketepatan Pengembalian Rekam Medik dalam waktu 24 Jam	> 80%	0,02	100%	100	2	100%	100	2	100%	100	2
18	Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1	34,19%	100	10	46,53%	100	10	40,48%	100	10
<b>Jumlah TS</b>						<b>100</b>			<b>100</b>			<b>100</b>
<b>Nilai IKI</b>						<b>2</b>			<b>2</b>			<b>2</b>

Tabel 68 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Juli – September Tahun 2023

Tabel 69 Capaian Indikator Kinerja Kinerja Individu (IKI) Bulan Oktober – Desember Tahun 2023

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Juli			Agustus			September		
				Oktober			November			Desember		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
1	Kepatuhan terhadap clinical pathway	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
1	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	100%	0,05	5 CP	100	5	5 CP	100	5	5 CP	100	5
2	Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional (Fornas)	≥80%	0,05	94,93%	100	5	93,37%	100	5	93,10%	100	5
2	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≥80%	0,05	93,20%	100	5	92,33%	100	5	91,48%	100	5
3	Prosentase Kejadian pasien jatuh	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
3	Cedera/trauma fisik akibat Cedera/trauma fisik akibat	≤3%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Cedera/trauma fisik akibat Cedera/trauma fisik akibat	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
4	Intensif/ Sub Intensive Care Unit/ UPIP	≤1,5 %	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
5	Penerapan keselamatan Therapy Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan kompeten	100	7
5	Penerapan keselamatan Therapy Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	0,07	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan kompeten	100	7	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan kompeten	100	7
6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
6	Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)	≤5%	0,05	0%	100	5	0%	100	5	0%	100	5
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan SOP dan Dievaluasi	100	4	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan SOP dan Dievaluasi	100	4	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan SOP dan Dievaluasi	100	4
7	Cuci Tangan (Hand Hygiene)	100%	0,04	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan SOP dan Dievaluasi	100	4	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan SOP dan Dievaluasi	100	4	Ada SOP, sesuai, dilaksanakan dengan SOP dan Dievaluasi	100	4

No	Judul Indikator	Standar	Bobot	Oktober			November			Desember		
				Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total	Haper	Skor	Total
1	2	3	4	5	6	7=(4x6)	8	9	10=(4x9)	11	12	13=(4x12)
8	dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UBP	≥95%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
8	dilakukan fiksasi setelah masa rawat 24 jam di UBP	≥95%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
9	tidak adanya kejadian pasien turun dari tempat tidur	≥90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
9	tidak adanya kejadian pasien turun dari tempat tidur	≥90%	0,07	100%	100	7	100%	100	7	100%	100	7
10	Kecepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
10	Kecepatan Identifikasi Pasien	100%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Keluhan (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
11	Kecepatan Respon Terhadap Keluhan (KRK)	>75%	0,08	100%	100	8	100%	100	8	100%	100	8
12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	1:51:04	100	2	1:56:53	100	2	02:07:20	100	2
12	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	0,02	2:25:55	100	2	02:31:46	100	2	02:33:41	100	2
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	30 menit	100	5	31,5 menit	100	5	27,5 menit	100	5
13	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	≤60 mnt	0,05	35 menit	100	5	36 menit	100	5	35 menit	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPP)	≤240 mnt	0,05	40 menit	100	5	37 menit	100	5	50 menit	100	5
14	Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPP)	≤240 mnt	0,05	44 menit	100	5	40 menit	100	5	33 menit	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	35,4 menit	100	5	34,9 menit	100	5	34,5 menit	100	5
15	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	≤ 2 jam	0,05	32,6 menit	100	5	32,07 menit	100	5	35 menit	100	5
16	Waktu Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	23,78 menit	100	5	23,72 menit	100	5	23,79 menit	100	5
16	Waktu Obat Jadi (WTOJ)	≤30 mnt	0,05	28,13 menit	100	55	21,37 menit	100	5	29,93 menit	100	5
17	Rekomendasi Rekam Medik	> 80%	0,02	100%	100	2	100%	100	2	100%	100	2
17	Rekomendasi Rekam Medik	> 80%	0,02	100%	100	2	100%	100	2	100%	100	2
18	Rasio Rendahnya Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1							44,74%	100	10
18	Rasio Rendahnya Biaya Operasional (PB)	≥45%	0,1				42,06%	100	10	48,41%	100	10
<b>Jumlah TS</b>						<b>90</b>			<b>90</b>			<b>100</b>
<b>Jumlah TS</b>						<b>90</b>			<b>100</b>			<b>100</b>
<b>Nilai IKI</b>						<b>2</b>			<b>2</b>			<b>2</b>

### 3.1.5 BLU Maturity Rating

**Tabel 70 Tabel Tingkat Maturitas BLU Tahun 2022 dan 2023**

No	Aspek Penilaian	Maturitas Aspek (2022)	Maturitas Aspek (2023)
1.	Aspek Keuangan	1,78	1,25
2.	Aspek Pelayanan	4,28	4,38
3.	Aspek Kapabilitas Internal	3,50	3,50
4.	Aspek Tata Kelola dan Kepemimpinan	3,60	3,60
5.	Aspek Inovasi	3,00	3,00
6.	Aspek Lingkungan	3,50	3,50
<b>Tingkat Maturitas BLU</b>		<b>3,32</b>	<b>3,24</b>

4. Pada tahun 2023 capaian aspek keuangan mengalami penurunan dibandingkan tahun 2022. Penurunan terjadi pada aspek likuiditas, efisiensi dan tingkat kemandirian sedangkan efektivitas dinilai tetap.
5. Pada tahun 2023 capaian aspek pelayanan mengalami peningkatan dibandingkan tahun 2022. Peningkatan terjadi pada aspek tingkat keberhasilan pemenuhan layanan, sedangkan aspek indeks kepuasan masyarakat, aspek efisiensi waktu pelayanan, dan aspek sistem pengaduan layanan dinilai tetap.
6. Pada tahun 2023 capaian kapabilitas internal sama dengan tahun 2022
7. Pada tahun 2023 capaian tata kelola kepemimpinan sama dengan tahun 2022
8. Pada tahun 2023 capaian inovasi sama dengan tahun 2022.
9. Pada tahun 2023 capaian lingkungan sama dengan tahun 2022.

## 3.1.6 Capaian Indikator Mutu

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023	
<b>DIREKTORAT MEDIK DAN KEPERAWATAN</b>																	
<b>Tim Kerja Pelayanan Medik</b>	1	Kepatuhan Waktu Visite Dokter	80%	96,06	96,91	95,05	95,55	95,85	95,70	96,33	95,66	97,60	95,53	93,81	96,33	95,87%	
	2	Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)	80%	89,81	90,45	88,15	91,14	88,65	89,53	90,12	90,30	89,91	90,35	90,49	87,11	89,67%	
	3	Kegagalan Dropping penderita	≤ 5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
	4	Pengumpulan laporan tepat waktu (tiap tanggal 5)	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	5	Optimalisasi Lama Rawat Pasien Skizofrenia	≥ 60%	97,70	94,58	18,48	98,12	95,67	100	100	100	94,76	100	100	100	100	91,43%
	6	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%	1,00	0,08	0,00	1,40	0,00	0,02	0,07	0,00	0,00	0,00	0,61	0,00	0	0,27%
	7	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Layanan Unggulan VVIP	10%	2,17	2,17	1,34	2,21	1,99	1,94	2,60	1,60	2,94	1,82	1,73	2,09	2,05%	
	8	Terselenggaranya Layanan Unggulan Bertaraf Internasional	1 Layanan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1 Layanan

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
Timker Pelayanan Keperawatan	9	Terwujudnya Pertumbuhan Produktifitas Layanan Kesehatan Jiwa	10%	0,69	25,10	37,46	3,13	67,02	20,13	3,36	19,70	16,85	30,18	25,83	49,36	24,64%
	10	Prosentase kejadian pasien jatuh	3%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
	11	Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit) / UPIP	1.50%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
	12	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	13	Tidak Adanya Pasien Yang Dilakukan Fiksasi Setelah Masa Rawat 24 jam di Unit Perawatan Intensif Psikiatri (UPIP)	95%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	14	Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri	90%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	15	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	2:06:02	1:53:24	1:55:03	1:53:00	2:07:48	1:48:55	1:51:04	1:56:53	2:07:20	2:25:55	2:31:46	2:33:41	2:05:54



UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	16	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%	87,16	89,31	89,37	89,48	89,58	87,47	88,38	87,20	86,61	84,15	84,59	83,67	87,25%
	17	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	18	Respon Time Layanan Gawat Darurat / Emergency Respon Time Rate	100%	100	100	100	100	100	99,47	100	90,95	100	100	100	100	99,20%
	19	Nett Death Rate (NDR)	≤ 24‰	0‰	3,01‰	2,7‰	6,21‰	0‰	5,51‰	2,72‰	2,38‰	0‰	4,65‰	2,43‰	2,26‰	2,66‰
	20	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	21	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Inap Tepat Waktu	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	22	Monitoring Kegiatan MPP Sesuai Pedoman	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	23	Kejadian reaksi transfusi	0.01%	8,33	0,00	0,00	11,11	0,00	27,27	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	0	3,96%
	24	Assesmen awal pasien rawat inap	100%	100	100	100	100	100	100	100	91,82	92,02	95,60	94,24	93,69	97,28%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	25	Re-Asesmen Risiko bunuh diri	100%	100	100	100	100	100	100	100	99,98	100	100	100	100	99,99%
	26	Kejadian pasien pulang atas permintaan sendiri	5%	0,74	0,76	0,86	0,39	0,63	0,18	0,53	1,48	0,07	0,03	0,03	0,04	0,48%
	27	Edukasi risiko medis pada pasien pulang atas permintaan sendiri	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	28	Kejadian pasien lari	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0,07	0	0	0,08%
	29	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	30	Pasien Masuk Kondisi Sub-Akut Dalam Waktu 7 Hari	85%	99,23	97,99	98,02	99,53	94,88	101,52	100	100	100	98,88	93,05	102,36	98,79%
	31	Prosentase Penanganan Fase Akut Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Akut	100%	100	97,69	100	100	99,01	98,81	99,48	100	100	100	100	100	99,58%
	32	Bed Occupancy Rate (BOR)	70%	52,01	49,25	50,52	48,77	54,36	53,36	53,51	49,51	47,41	53,21	52,98	65,94	52,57%
	33	Length of Stay (LOS)	< 28 hari	16,5	17,66	15,82	16,3	16,03	14,94	16,71	14,5	13,93	14,69	14,74	14,36	15,57
	34	Rasio Tempat Tidur Kelas III	skor = 2	60,32	57,54	61,85	56,49	61,67	68,57	67,78	58,87	58,71	63,84	64,02	81,73	63,45%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	35	Prosentase notifikasi EWS yang ditindaklanjuti	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
Timker Pelayanan Penunjang	36	Pemenuhan Kebutuhan Operasional Layanan Penunjang Medik 100 %	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	37	Pengumpulan Laporan Kegiatan Pelayanan Penunjang Tepat Waktu (sebelum tanggal 5)	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	38	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	80%	96,32	95,50	92,79	93,40	94,73	87,30	91,45	92,96	92,22	89,72	90,98	84,78	91,59%
Instalasi Rawat Jalan	39	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%	87,16	89,31	89,37	89,48	89,58	87,47	88,38	87,20	86,61	84,15	84,59	83,67	87,25%
	40	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	41	Pengumpulan Laporan Kegiatan dari Unit Kerja di Lingkup Rawat Jalan Tepat Waktu	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	42	Ketepatan Waktu	80%	84,62	84,62	80,77	88,46	84,62	80,77	88,46	80,77	81,48	87,18	82,05	82,05	83,82%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
		Pelayanan di Poliklinik														
Klinik Fisioterapi	43	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	44	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%	8,08	11,86	22,36	10,74	11,41	12,24	13,17	11,59	10,73	7,79	7,83	6,83	11,22%
	45	Penerapan Edukasi Rehabilitasi Medik	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
Klinik Gigi	46	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	47	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	48	Ketepatan Sisi Dalam Tindakan Pencabutan Gigi	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	49	Proporsi Kunjungan Promotif Preventif Kesehatan Gigi Dan Mulut	≥ 30%	44,23	36,73	51,79	50,00	58,46	66,67	81,25	75,70	84,21	78,48	74,68	59,21	63,45%
Klinik Kesehatan Jiwa	50	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	51	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%	98,83	99,44	98,68	97,72	98,92	99,35	99,62	99,38	99,84	99,65	99,31	96,96	98,98%
	52	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
<b>Klinik Psikologi</b>	53	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	54	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Individual 2 Hari	95%	94,81	95,63	100	98,61	99,02	99,11	100	100	100	100	99,25	100	98,83%
	55	Penyelesaian Hasil Pemeriksaan Psikologi Klasikal 7 Hari	95%	100		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	56	Penerapan Edukasi Pasien Psikologi	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
<b>Klinik Umum</b>	57	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	58	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%	58,90	64,05	60,53	65,00	46,89	41,46	56,55	52,57	48,44	57,29	59,13	49,79	55,05%
	59	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
<b>Poliklinik Sub Spesialis</b>	60	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	61	Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)	80%	82,14	82,35	80,78	81,57	80,73	80,28	83,24	84,61	81,78	80,07	80,62	81,01	81,60%
	62	Penerapan Edukasi Pasien Rawat Jalan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	63	Pelaksanaan Assessmen Awal Gangguan Pertumbuhan Perkembangan Masa Kanak	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	64	Manajemen Risiko Mal Nutrisi Pada Anak	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	65	Proporsi Pasien Anak Dan Remaja Yang Mengalami Perbaikan Klinis Yang Terukur Selama 1 Bulan	80%	95	95,77	96	95,77	94,32	92,55	95,70	94,59	92,48	94,08	92,20	92,44	94,24%
<b>Instalasi Rawat Inap</b>	66	Ketepatan dan Kelengkapan Pelaporan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	67	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100	100	100	100,00	100,00	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	68	Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)	≤ 240 menit	2:06:02	1:53:24	1:55:03	1:53:00	2:07:48	1:48:55	1:51:04	1:56:53	2:07:20	2:25:55	2:31:46	2:33:41	2:05:54 AM
<b>Instalasi Gawat Darurat</b>	69	Respon Time Layanan Gawat Darurat / Emergency Respon Time Rate	100%	100	100	100	100,00	100,00	99,47	100	100	100	100	100	100	99,96%
	70	Kematian Pasien (kurang dari sama dengan) 8 Jam	< 2 %	0,002	0,003	0,000	0,002	0,000	0,002	0	0,005	0	0	0	0,003	0,001%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
		di Ruang Gawat Darurat														
	71	Penyampaian Informasi Melalui Komunikasi Lisan Sesuai dengan Prinsip Komunikasi Efektif	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	72	Pelaksanaan Pengisian Asesmen Awal Kunjungan Pasien PONEK di IGD	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
	73	Pelaksanaan Pemeriksaan Penunjang Pada Kunjungan Pasien Psikogeriatri Yang Rawat Inap	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
Instalasi Psikogeriatri	74	Pertumbuhan Pemanfaatan Layanan Psikogeriatri.	2%	15,77	14,62	15,42	-7,26	57,21	8,37	18,03	5,77	-4,69	5,98	1,18	17,74	11,55%
	75	Tercapainya Peningkatan Kompetensi RS yang diampu RSJRW Dalam Layanan Psikogeriatri	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	76	Peningkatan status fungsional pasien rawat	≥ 80%	100	100	88,89	84,62	86,36	88,24	80	100	86,36	88,89	90	91,30	90,39%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
		inap psikogeriatri														
	77	Waktu tunggu layanan daycare psikogeriatri	< 60 Menit	37,8	24,62	24,16	23,46	32,33	28,91	27,18	21,51	34,64				28,32
	78	Angka rehospitalisasi pasien rawat inap psikogeriatri	< 15%	12,50	7,14	14,29	0	0	0	0	0	9,52	12,50	11,11	4,76	5,99%
	79	Lama rawat inap pasien psikogeriatri dengan komorbid penyakit fisik kurang dari 6 minggu	≥ 80%	100	100	-	100	100	100	100	100	100	100			100,00%
	80	Peningkatan proporsi jumlah pasien yang di rujuk oleh jejaring kemitraan	75%	52,82	55,80	76,60	35,50	73,48	82,92	77,02	79,29	77,25	92,03	80,30	65,22	70,58%
Instalasi Elektromedik	81	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	82	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	83	Penerapan Keselamatan Electro Convulsive Therapy (ECT)	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	84	Pertumbuhan Psikoterapi/ECT	> 110%												124	124%



UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	85	Angka Pembatalan Operasi/ECT	≤ 5 %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
	86	Waktu Tunggu Sebelum Operasi/ECT ≤ 2 hari	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	87	Post Operative Death Rate (ECT)	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
	88	Waktu tunggu layanan ECT 20 menit	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
Instalasi Laboratorium	89	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%										100	100	100	100,00%
	90	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	91	Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)	2 jam	51,7	45,14	48,52	48,97	47,35	44,98	35,4	34,9	34,5	32,6	32,07	35	41,45
	92	Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (untuk pemeriksaan NAPZA)	0%	0,63	0,63	0,57	0,32	0,38	0,56	0,64	0,49	0,67	1,46	1,08	0,01	0,62%
	93	Tidak Adanya Kejadian Tertukar Spesimen Pemeriksaan Laboratorium	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	94	Kesesuaian Hasil Pemeriksaan Baku Mutu Eksternal	100%							95,31					95,30	95,31%
	95	Pelaporan Hasil Kritis Kritis Laboratorium	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	96	Tidak Adanya Kesalahan Penyerahan Hasil Pemeriksaan Laboratorium	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
Instalasi Radiologi	97	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100								100	100	100	100	100,00%
	98	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	99	Waktu Tunggu Pelayanan/ Hasil Radiologi <= 3 Jam	≤ 3 jam	42	37	27,5	21	27	29	40	37	50	44	40	33	35,24
	100	Pelaporan Hasil Tes Kritis Radiologi < 60menit	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	101	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Instalasi Farmasi	102	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 80%	93,09	94,14	93,95	94,23	92,99	93,89	94,93	93,37	93,10	93,20	92,33	91,48	93,39%
	103	Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)	≤ 30 menit	21,46	19,84	19,5	20,58	19,87	21,22	23,78	23,72	23,79	28,13	21,37	29,93	22,77

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023	
	104	Penulisan Resep Sesuai Formularium	≥ 90%	95,81	96,57	96,65	96,83	96,58	96,98	97,13	96,54	95,68	95,47	95,40	95,31	96,25%	
	105	Waktu Tunggu Pelayanan Obat Racikan	≤ 60 menit	44,04	44,62	47,87	46,42	49,24	44,46	50,58	46,35	44,39	47,2	41,08	42,59	45,74	
	106	Ketepatan Pelayanan Farmasi (Tidak ada Kejadian Kesalahan Pemberian Obat)	100%	100	99,99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	107	Tidak Ada Obat dan Perbekalan Farmasi yang Kadaluarsa di Tempat Pelayanan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	108	Ketepatan Penyimpanan Sediaan Farmasi	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	109	Angka Pemberian Label pada Obat HIGH ALERT	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
Instalasi Rehabilitasi Psikososial	110	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%	
	111	Waktu Tunggu Pelaksanaan Seleksi < 2 hari	85%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%	
	112	Angka Keberhasilan Rehabilitan Sesudah	70%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%	

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
		Menjalani Satu Paket Layanan														
Instalasi Pemulihan Ketergantungan Napza	113	Keberhasilan Pasien Mengikuti Program Rehabilitasi Napza 3 Bulan	≥ 50%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
	114	Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	≥ 60%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
Instalasi Gizi	115	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
	116	Ketepatan Pemberian Diet	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
	117	Kepuasan Pelanggan 80% (Metode Food Waste)	≥ 80%	89,58	90,02	91,24	90,06	91,40	91,13	88,91	88,38	87,26	82,57	87,82	90,70	89,09%
Instalasi Rekam Medis	118	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	90	90,91	100	100	98,41%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	119	Kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan	80%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	120	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	121	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	82,86	86,57	82,52	83,61	83,87	83,96	86,49	91,89	96,67	93,75	84	90,91	90,91%
	122	Kepatuhan Proses Identifikasi Pasien Rawat Inap di Admisi Rawat Inap	100%										80,24	84,53	81,74	82,17%
Instalasi Keswamas dan PKRS	123	Optimalisasi Peningkatan Kualitas Hidup Pada Warga Lansia Di Wilayah Binaan	100%	100	100	150	0	100	200	100	150	150	150	100	50	112,50%
	124	Pelaksanaan Pembinaan Kepada PPK 1	12	1	1	7	5	7	7	6	3	4	0	83	0	124,00
	125	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Dalam Rumah Sakit	≥ 90%	112,50	100	106,25	112,50	106,25	100	112,50	106,25	106,25	137,50	125	125	112,50%
	126	Layanan Penyuluhan Kesehatan di Luar Rumah Sakit	≥ 80%										88,31	88,82	100	92

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
<b>DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN PENELITIAN</b>																
<b>Tim Kerja Organisasi Sumber Daya Manusia</b>	<b>127</b>	Ketepatan Waktu Pengusulan Kenaikan Pangkat	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	<b>128</b>	Ketepatan Waktu Penerbitan Surat Keputusan Kenaikan Gaji Berkala	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	<b>129</b>	Ketepatan Waktu Penerbitan SPK dan RKK	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	<b>130</b>	Ketepatan Waktu Pengusulan Surat Keputusan Pensiun	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	<b>131</b>	Persentase Perilaku Pegawai Sesuai Dengan Budaya Kinerja	85%	98,81	99,39	99,24	99,09	99,70	99,69	99,69	97,40	99,69	97,85	99,99	99,99	99,21%
	<b>132</b>	Persentase Hasil Penilaian Komponen Kualitas dan Perilaku Kinerja Sesuai Standar	85%	98,81	99,39	99,24	99,09	99,70	99,69	99,69	97,40	99,69	97,85	99,99	99,99	99,21%
	<b>133</b>	Program Pemberian Penghargaan dan Konsekuensi	100%												100	100

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023	
	134	Ketepatan Waktu Pembayaran Remunerasi Pegawai	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%	
	135	Kepuasan Karyawan terhadap Organisasi	80%										88,20	88,20	88,20	88,20%	
Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan	136	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	Skor = 2	0,41 (skor = 0)	0,65 (skor = 0)	1,16 (skor = 2)	0,58 (skor = 0)	1,95 (skor = 2)	1,2 (skor = 2)	1,13 (skor = 2)	1,05 (skor = 1,5)	1,32 (skor = 2)	0,96 (skor = 1,25)	1,28 (skor = 2)	1,67 (skor = 2)	1,01 (skor = 1,5)	
	137	Supervisi Pendidikan dari Institusi Pasangan Pendidikan Keperawatan dan Non Medis dan Kepuasan Pelanggan Terhadap Adanya Peserta Didik	80%	100	97,52	100	100	99,70	100	100	100	100	100	100	100	100	99,77%
	138	Evaluasi Pasca Pelatihan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	139	Terlaksananya Perencanaan Pengembangan SDM Sesuai Kompetensi	≥ 80%	94,28	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99,52%
	140	Persentase Kompetensi Pegawai Yang Sesuai Standar	95%	94,24	94,60	94,58	96,30	96,29	98,12	98,25	97,33	97,85	97,98	97,97	98,64	98,64	96,85%
Tim Kerja Penelitian	141	Publikasi Penelitian	8	1	0	0	1	1	1	0	2	1	1	0	4	12	

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
		Nasional dan Internasional														
	142	Terwujudnya Jejaring Penelitian Dalam Kesehatan Jiwa	2	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3
	143	Pertumbuhan Penelitian yang Dipublikasikan	Skor = 2													2
Instalasi Diklit	144	Tercapainya Pertumbuhan Dan Mutu Pendidikan Dan Pelatihan Dalam Kesehatan Jiwa	100%	41,50	61	52,25	29,25	107,25	80,34	57,48	88,23	52,89	57	68	95,50	95,50%
	145	Prosentase Pelaksanaan Pelatihan Internal Sesuai Perencanaan	≥80%			0	0	200	100	100	0	0	100	300	100	90,00%
	146	Prosentase pegawai yang mendapatkan pelatihan ≥ 20 JPL per tahun	1 (80%)	0	0	7,48	9,24	15,77	18,00	19,87	19,87	20,44	22,88	79,78	120	120,00%
<b>DIREKTORAT PERENCANAAN KEUANGAN DAN LAYANAN OPERASIONAL</b>																
Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran, dan Evaluasi	147	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif														
	148	Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Indikatif	skor = 0,4													skor = 0,4
	149	Disetujui oleh Menteri	skor = 0,4													skor = 0,4
	150	Format sesuai dengan PMK	skor = 0,4													skor = 0,4



UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
		No.95/PMK.05/2011														
	151	Terlaksananya telaah perencanaan kegiatan unit kerja	100%	40	100	50	33,33	100	100	100	100	100	100	100	100	85,28%
	152	Tersusunnya Dokumen Rencana Kinerja Tahunan	1 pkt/th	1												1 pkt/th
	153	Pengelolaan Laporan Rumah Sakit	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	154	Kelengkapan Laporan Akuntabilitas Kinerja	100%	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100,00%
	155	Ketepatan Waktu Pengumpulan Laporan dari Unit Kerja	100%	100	83,33	100	100	16,67	100	83,33	72,73	81,82	72,73	100	100	84,22%
	156	Ketepatan Waktu Penyusunan RPKA - KL	100%			100			100			100			100	100,00%
	157	Ketepatan Penyerapan Dana Rupiah Murni Sesuai dengan Perencanaan	≥ 90%	97,19		95,10			96,14			94,87			96,83	96,83%
<b>Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan</b>	158	Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU				1			1							

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	159	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU														
	160	SP3BBLU TW 1 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4			0,4										
	161	SP3BBLU TW 2 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4						0,4							
	162	SP3BBLU TW 3 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4													
	163	SP3BBLU TW 4 saldo kas telah sesuai	skor = 0,4													
	164	Penyerapan Anggaran	≥ 90%	2,32	8,26	14,66	23,41	29,86	38,58	45,95	53,65	60,41				
	165	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit	-												100	
	166	Ketepatan Waktu Penyelesaian Laporan Piutang Rumah Sakit	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100			100	
	167	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	1,58	6,00	22,01	27,85	34,94	37,20	50,43	57,94	66,63	74,81	81,93	94,68	
	168	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni	97%	4,25	10,62	18,45	28,98	36,70	48,07	55,32	64,00	71,24	79,30	79,93	96,83	

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	169	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU	95%	0,13	5,58	10,38	17,10	22,30	28,10	35,60	42,42	48,67	56,52	66,29	81,99	
	170	Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU Terhadap Pendapatan BLU	95%												88,82	
Akuntansi dan BMN	171	Rasio PNPB Terhadap Beban Operasional (POBO)	45%			25,06			42,66			43,20				
	172	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	10%	24,48						12,35						12,35%
	173	Ketepatan Penatausahaan Barang Milik Negara	100%			50			50			45,75				
Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat	174	Kecepatan waktu tanggap komplain	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	175	Kepuasan pasien dan masyarakat	80%	87,98	86,53	87,47	86,61	86,77	84,42	86,01	88,66	88,85	89,27	89,79	89,85	87,68%
	176	Promosi Pelayanan Rumah Sakit	100%	113,60	86,30	145,50	259,10	177,30	113,60	177,27	122,70	127,30	150	154,50	145,45	147,72%
	177	Prosentase Komplain yang Ditindaklanjuti / Penanganan Pengaduan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	178	Jumlah Inovasi Oleh Unit Kerja Yang Berorientasi Pada Service Excellent	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga	179	OEE (Overall Equipment Efectiveness)	85%	92,99	89,67	92,86	91,18	93,11	93,97	92,63	92,13	91,45	92,37	91,69	91,29	92,11%
	180	Proses Penyelesaian Surat Penting	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	181	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Tekstil	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	182	Ketepatan Waktu Pelayanan Permintaan Barang Persediaan di Gudang Rumah Tangga	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu	183	Ketersediaan Linen	2,5-3 per TT	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
	184	Ketepatan Waktu Penyediaan Linen Bersih Untuk Ruang Rawat Inap dan Ruang Pelayanan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023	
	185	Ketepatan Pengelolaan Linen Infeksius	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
	186	Dilakukan Test Bowie Dick Setiap Akan Melakukan Sterilisasi Alat	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit	187	Ketepatan Waktu Perbaikan Kerusakan Sarana	≥ 80 %	87,85	92,07	91,12	90,30	94,95	98	96,63	95,71	94,63	93,75	93,07	91,35	93,29%	
	188	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat	100%	100	100	90	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99,17%
	189	Ketepatan Waktu Kalibrasi Alat Kesehatan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	88,27	100	100	99,02%
	190	Ketepatan Waktu Pemeliharaan Alat Kesehatan	100%												91,4	100	91,4%
Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS	191	Penerapan Kawasan tanpa Rokok	100%	96,88	88,75	90,60	96,88	90,00	85,93	93,13	86,60	84,38	85,63	85	87,50	89,27%	
	192	Hasil Pemeriksaan Air Limbah Sesuai Baku Mutu yang Ditetapkan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	193	Pengelolaan Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) sesuai PMK No. 7 Tahun 2019	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023	
	194	Capaian Tingkat Rumah Sakit Berseri	> 7500	-	-	9,641	-	-	9,648	-	-	9821	-	-	9823	9733,25	
	195	Kejadian Kecelakaan Kerja yang Ditindaklanjuti sesuai dengan Prosedur	100%	100	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%	
	196	Simulasi Kesiapsiagaan Bencana di Setiap Unit Kerja	1	-	-	-	-	5	3	-	-	-	-	-	-	100,00%	
<b>Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit</b>	197	Terwujudnya Modernisasi Pengelolaan BLU Berbasis IT	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	4 paket	
	198	Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU-Integrated Online Sistem/ BIOS)	100%	107,60			107,60			113,60			107,60			107,6	
	199	Ketepatan Waktu Perbaikan Perangkat Komputer	90%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	200	Ketepatan Waktu Perbaikan Jaringan Komputer / Network	90%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	201	Ketepatan Waktu Pengembangan Aplikasi / Software	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
PPK	202	Ketepatan administrasi pembuatan SPP dan SPBY	≥ 80%	90,14	94,16	96,26	94,44	96,95	98,45	95,73	95,71	104,04	98,43			96,43%
ULP	203	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	204	Kelengkapan Dokumen Pengadaan	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	205	Ketepatan Review Dokumen SPP oleh ULP ≤ 5 Hari Kerja	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
<b>KOMITE DAN SPI</b>																
Komite Medik	206	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas setiap 6 Bulan	100%	100				100								100%
	207	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Medis	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%
	208	Terlaksananya Kredensial dan Rekredensial bagi Semua Dokter	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97,83	95,65

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
Komite Etik dan Hukum	209	Terlaksananya Kegiatan Pencegahan Masalah Etik dan Hukum	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
	210	Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja	100%	97,15	97,15	97,15	97,15	97,15	97,15	97,51	96,84	96,51	97,51	96,53	95,48	96,94%
Komite Mutu Rumah Sakit	211	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,00%
	212	Pelaporan Kegiatan Komite Mutu Kepada Direktur Utama dan Dewan Pengawas	100%			100			100			100			100	100%
	213	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12/tahun	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
	214	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan Hasil Mencapai Target	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%
	215	Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) kepada KNKP	100%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100%



UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023	
Komite Keperawatan	216	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Semua Perawat	100%	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-	-	100	100,00%	
	217	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi Perawat	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%	
	218	Pelaksanaan Audit Keperawatan Dua kali Dalam Setahun	90%						100						98	99,00%	
Komite PPI	219	Infeksi Aliran Darah Perifer (Phlebitis)	5‰	0	0	0	2,78	0	0	0	0	0	1,83	0	0	0,38	
	220	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	99,86	99,75	99,89	99,9	99,98	99,91	100	100	100	100	100	99,87	99,93%	
	221	Kepatuhan Kebersihan Tangan	85%	100,00	99,97	99,96	99,95	99,96	99,98	99,98	100	100	100	100	100	99,98%	
	222	Pencapaian Jaga Jarak	95%	99,98	99,98	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100	100,00	100	100,00	100,00	99,99%	
	223	Angka Infeksi Nosokomial Luka Fiksasi	Skor = 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	224	Angka Infeksi Nosokomial Pedikulosis Kapitis	Skor = 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	225	Angka Infeksi Nosokomial Scabies	Skor = 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,01	0,00
	226	Angka Infeksi Nosokomial Postural Hipotensi	Skor = 1	0,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	227	Dermatomikosis	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00%
Komite Tenaga Kesehatan Lain	228	Terlaksananya Kredensial/Re-Kredensial Bagi Tenaga Kesehatan Lain	11	0	0	3	0	0	0	1	1	0	3	0	3	11
	229	Pelaksanaan Audit Proses Pemberian Asuhan oleh Tenaga Kesehatan	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
	230	Penanganan Komplain Etik dan Disiplin Profesi oleh Tenaga Kesehatan Lain	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100%
SPI	231	Tindak Lanjut Penyelesaian Saran dan Rekomendasi Dewan Pengawas	100	100	100	100	80	100	80	100	100	80				100
	232	Penyelesaian Kerugian Negara (KN) hasil audit	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Tidak ada kerugian negara
	233	Penyelesaian rekomendasi temuan administrasi hasil audit eksternal	100%	-	-	-	83,3	100	-	-	-	-	-	0	0	50%


UNIT KERJA	NO	INDIKATOR MUTU	TARGET	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Agt	Sep	Okt	Nov	Des	Realisasi Tahun 2023
	234	Prosentase Capaian Pelaksanaan Kegiatan Pengawasan sesuai Program Kegiatan Pengawasan Tahunan (PKPT) dan Rencana Kegiatan Pengawasan Bulanan	90%									100	100	100	100	100%
	235	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindak Lanjut	92.50%													100%

### 3.2 Realisasi Anggaran

Laporan realisasi anggaran untuk periode yang berakhir 31 Desember 2023

**Gambar 2 Laporan Realisasi Anggaran Tahun 2023**

**LAPORAN REALISASI ANGGARAN SATUAN KERJA - BLU  
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022  
(DALAM RUPIAH)**




KEMENTERIAN/LEMBAGA : KEMENTERIAN KESEHATAN 024  
ESELON I : DITJEN PELAYANAN KESEHATAN 04  
SATUAN KERJA : RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG 415598

Waktu Cetak: 2024-01-30 03:00:49.0 [B@31648a7]  
Kode Lap : LRA.BLU.STK  
Tanggal : 30/01/24 8:47 AM  
Halaman : 1  
Prg ID : lap\_blu\_lra\_face\_satker

NO	URAIAN	2023				2022			
		ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%
1	2	3	4	5	6	3	4	5	6
A	PENDAPATAN NEGARA DAN HIBAH				0				0
	PENERIMAAN PERPAJAKAN	0	0	0	0	0	0	0	0
	PENERIMAAN NEGARA BUKAN PAJAK	63.845.241,000	60.571.376,352	(3.273.864,648)	95	71.989,079,000	57.092.592,248	(14.896.486,752)	79
	PENERIMAAN HIBAH	0	0	0	0	0	0	0	0
	JUMLAH PENDAPATAN DAN HIBAH	63.845.241,000	60.571.376,352	(3.273.864,648)	95	71.989,079,000	57.092.592,248	(14.896.486,752)	99
B	BELANJA				0				0
	BELANJA PEGAWAI	49.107,738,000	47.399,883,647	(1.707,854,353)	97	50.427,656,000	47.664,569,181	(2.763,086,819)	95
	BELANJA BARANG	84.270,628,000	73.216,298,379	(11.054,329,621)	87	89,046,083,000	73,761,066,847	(15,285,016,153)	83
	BELANJA MODAL	9.721,711,000	8.209,526,716	(1.512,184,284)	84	21,497,867,000	15,771,723,904	(5,726,143,096)	73
	BELANJA PEMBAYARAN KEWAJIBAN UTANG	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA SUBSIDI	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA HIBAH	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA BANTUAN SOSIAL	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA LAIN-LAIN	0	0	0	0	0	0	0	0
	BELANJA TRANSFER KE DAERAH DAN DANA DESA	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Bagi Hasil	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Alokasi Umum	0	0	0	0	0	0	0	0

**LAPORAN REALISASI ANGGARAN SATUAN KERJA - BLU  
UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 31 DESEMBER 2023 DAN 2022  
(DALAM RUPIAH)**



KEMENTERIAN/LEMBAGA : KEMENTERIAN KESEHATAN 024  
ESELON I : DITJEN PELAYANAN KESEHATAN 04  
SATUAN KERJA : RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG 415598

Waktu Cetak: 2024-01-30 03:00:49.0 [B@774eb15]  
Kode Lap : LRA.BLU.STK  
Tanggal : 30/01/24 8:47 AM  
Halaman : 2  
Prg ID : lap\_blu\_lra\_face\_satker

NO	URAIAN	2023				2022			
		ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%	ANGGARAN	REALISASI	REALISASI DI ATAS (BAWAH) ANGGARAN	%
1	2	3	4	5	6	3	4	5	6
	Dana Alokasi Khusus Fisik	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Otonomi Khusus	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Alokasi Khusus Non Fisik	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dana Desa	0	0	0	0	0	0	0	0
	JUMLAH BELANJA (B I + B II)	143,100,077,000	128,825,708,742	(14,274,368,258)	90	160,971,606,000	137,197,359,932	(23,774,246,068)	86
C	PEMBIAYAAN				0				0

Laporan Realisasi Anggaran menggambarkan perbandingan antara anggaran dengan realisasinya, yang mencakup unsur-unsur Pendapatan-LRA dan Belanja selama periode 1 Januari sampai dengan 31 Desember 2023.

Realisasi Pendapatan Negara pada TA 2023 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp. 60.571.376.352 atau mencapai 94,87 persen dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp 63.845.241.000. Realisasi Belanja Negara pada TA 2023 adalah sebesar Rp 128.825.708.742 atau mencapai 90,02 persen dari alokasi anggaran sebesar Rp 143.100.077.000.

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

- 1) Revisi 1 : Tagging Automatic Adjustment / AA
- 2) Revisi 2 : Buka Blokir
- 3) Revisi 3 : Pencantuman Saldo dan Pembayaran Tunggakan
- 4) Revisi 4 : Revisi Pergeseran dalam 1 Rincian Output dan Pemutakhiran Hal III DIPA/RPD
- 5) Revisi 5 : Revisi pergeseran , penggunaan Saldo untuk Kegiatan Belanja Modal Perencanaan KRIS dan Master Plan
- 6) Revisi 6 : Revisi pergeseran dalam 1 Rincian Output , pemutakhiran POK minus, pencantuman Gaji PPPK baru, pajak remun,dan pemutakhiran RPD
- 7) Revisi 7 : Revisi Buka Blokir Aautomatic Adjusment, pengurangan Belanja Operasional RM Belanja Persediaan lainnya Obat – Obatan sebsar Rp. 1.364.356.000
- 8) Revisi 8 : Pergeseran dalam 1 Rincian Output, Pergeseran dan penambahan Belanja Modal untuk ICU, penambahan Belanja pagu Remunerasi , pemutakhiran POK minus
- 9) Revisi 9 : Penambahan Modal PN
- 10) Revisi 10 : Penambahan BUN GAJI
- 11) Revisi 11 : Revisi Pemutakhiran Data POK
- 12) Revisi 12 : Pemutakhiran POK
- 13) Revisi 13 : Validasi minus dan Pemutakhiran POK
- 14) Revisi 14 : Validasi minus dan Pemutakhiran POK

**Gambar 3 Laporan Operasional (periode yang berakhir 31 Desember 2023 dan 31 Desember 2022)**

URAIAN	2023	2022	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
KEGIATAN OPERASIONAL	0	0	0	
PENDAPATAN OPERASIONAL	0	0	0	
Pendapatan Alokasi APBN	75,134,251,464	67,993,298,928	7,140,952,536	10.502
Pendapatan Jasa Layanan dari Masyarakat	50,647,183,125	41,865,780,410	8,781,402,715	20.975
Pendapatan Jasa Layanan dari Entitas Lain	1,950,205,837	6,583,333,275	(4,633,127,438)	(70.377)
Pendapatan Hibah BLU	50,328,956	309,541,759	(319,212,803)	(86.381)
Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU	4,375,177,627	2,529,432,553	1,845,745,074	72.971
Pendapatan BLU Lainnya	3,356,889,382	2,720,663,019	636,226,363	23.385
<b>JUMLAH PENDAPATAN OPERASIONAL</b>	<b>135,514,036,391</b>	<b>122,062,049,944</b>	<b>13,451,986,447</b>	<b>11.021</b>
<b>JUMLAH PENDAPATAN</b>	<b>135,514,036,391</b>	<b>122,062,049,944</b>	<b>13,451,986,447</b>	<b>11.021</b>
BEBAN OPERASIONAL	0	0	0	
Beban Pegawai	79,586,037,533	77,373,173,382	2,212,864,151	2.86
Beban Persediaan	11,682,650,427	11,596,276,160	86,374,267	0.745
Beban Barang dan Jasa	26,336,031,999	25,787,107,572	548,924,427	2.129
Beban Pemeliharaan	6,210,519,354	4,729,148,579	1,481,370,775	31.324
Beban Perjalanan Dinas	917,979,565	660,392,774	257,586,791	39.005
Beban Barang untuk Dijual/Diserahkan kepada Masyarakat	0	0	0	
Beban Bantuan Sosial	0	0	0	
Beban Penyusutan dan Amortisasi	8,543,331,776	10,407,523,006	(1,864,191,230)	(17.912)
Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih	2,500,505	76,747,789	(74,247,284)	(96.742)
<b>JUMLAH BEBAN OPERASIONAL</b>	<b>133,279,051,159</b>	<b>130,630,369,262</b>	<b>2,648,681,897</b>	<b>2.028</b>
<b>SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN OPERASIONAL</b>	<b>2,234,985,232</b>	<b>(8,568,319,318)</b>	<b>10,803,304,550</b>	<b>(126.084)</b>
KEGIATAN NON OPERASIONAL	0	0	0	
Surplus/Defisit Pelepasan Aset Non Lancar	(222,070,874)	199,078,000	(421,148,874)	(211.55)
Pendapatan Pelepasan Aset Non Lancar	175,000	199,078,000	(198,903,000)	(99.912)
Beban Pelepasan Aset Non Lancar	222,245,874	0	222,245,874	
Surplus/Defisit dari Kegiatan Non Operasional Lainnya	73,898,235	1,739,990,294	(1,666,092,059)	(95.753)
Pendapatan Kegiatan Non Operasional Lainnya	207,694,261	2,270,082,857	(2,062,388,596)	(90.851)
Beban Kegiatan Non Operasional Lainnya	133,796,026	530,092,563	(396,296,537)	(74.76)
<b>JUMLAH SURPLUS/DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL</b>	<b>(148,172,639)</b>	<b>1,939,068,294</b>	<b>(2,087,240,933)</b>	<b>(107.641)</b>
<b>SURPLUS/DEFISIT - LO</b>	<b>2,086,812,593</b>	<b>(6,629,251,024)</b>	<b>8,716,063,617</b>	<b>(131.479)</b>

Laporan Operasional menyajikan berbagai unsur pendapatan-LO, beban, surplus/defisit dari operasi, surplus/defisit dari kegiatan non operasional, surplus/defisit sebelum pos luar biasa, pos luar biasa, dan surplus/defisit-LO, yang diperlukan untuk penyajian yang wajar. Pendapatan dari kegiatan operasional untuk periode sampai dengan 31

Desember 2023 adalah sebesar Rp 135.514.036.392, sedangkan jumlah beban dari kegiatan operasional adalah sebesar Rp 133.279.051.159 sehingga terdapat surplus dari Kegiatan Operasional senilai Rp 2.234.985.232 Surplus/Defisit Penjualan Aset Non Lancar dan Surplus/Defisit dari Kegiatan Non Operasional lainnya masing-masing sebesar Rp (222.070.874) dan sebesar Rp 73.898.235, sehingga Surplus Laporan Operasional sebesar Rp 2.086.812.593.

**Gambar 4 Laporan Perubahan Ekuitas untuk periode yang berakhir 31 Desember 2023 dan 2022**

URAIAN	2023	2022	KENAIKAN/ PENURUNAN	(%)
EKUITAS AWAL	729,766,626,788	743,034,778,997	(13,268,152,209)	-
SURPLUS/DEFISIT-LO	2,086,812,593	(6,629,251,024)	8,716,063,617	-
DAMPAK KUMULATIF PERUBAHAN KEBIJAKAN AKUNTANSI	0	0	0	-
KOREKSI YANG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS	(74,000,795)	(6,722,301,185)	6,648,300,390	-
PENYESUAIAN NILAI ASET	0	0	0	-
KOREKSI NILAI PERSEDIAAN	0	(26,914,830)	26,914,830	-
KOREKSI ATAS REKLASIFIKASI	0	0	0	-
SELISIH REVALUASI ASET	0	0	0	-
KOREKSI NILAI ASET NON REVALUASI	(335,966,749)	(5,098,423,484)	4,762,456,735	-
LAIN-LAIN	261,965,954	(1,596,962,871)	1,858,928,825	-
TRANSAKSI ANTAR ENTITAS	43,746,000	83,400,000	(39,654,000)	-
KENAIKAN/PENURUNAN EKUITAS	2,056,557,798	(13,268,152,209)	15,324,710,007	-
EKUITAS AKHIR	731,823,184,586	729,766,626,788	2,056,557,798	-

Laporan Perubahan Ekuitas menyajikan informasi kenaikan atau penurunan ekuitas tahun pelaporan dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Ekuitas pada tanggal 1 Januari 2023 adalah sebesar Rp 729.766.626.788,- ditambah Surplus-LO sebesar Rp 2.086.812.593 ditambah dengan Koreksi lain-lain sebesar minus Rp 74.000.795 ditambah transaksi antar entitas sebesar Rp 43.746.000, sehingga ekuitas mengalami kenaikan sebesar Rp 2.056.557.798 yang menghasilkan Ekuitas Akhir pada tanggal 31 Desember 2023 adalah senilai Rp 731.823.184.586 .

Gambar 5 Neraca Per 31 Desember 2023 dan 2022

NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2023	2022	Jumlah	%
1	2	3	4	5
<b>ASET</b>				
<b>ASET LANCAR</b>				
Kas Lainnya dan Setara Kas	207,066,102	514,984,762	(307,918,660)	(59.79)
Kas pada Badan Layanan Umum	58,959,747,676	27,202,208,022	31,757,539,654	116.75
Investasi Jangka Pendek- Badan Layanan Umum	20,000,000,000	45,000,000,000	(25,000,000,000)	(55.56)
Piutang Bukan Pajak	0	71,320,004	(71,320,004)	(100.00)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang Bukan Pajak	0	(356,600)	356,600	(100.00)
<b>PIUTANG BUKAN PAJAK (NETTO)</b>	<b>0</b>	<b>70,963,404</b>	<b>(70,963,404)</b>	<b>(100.00)</b>
Piutang dari kegiatan Operasional Badan Layanan Umum	7,083,431,355	7,358,343,714	(274,912,359)	(3.74)
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Operasional BLU	(3,161,415,175)	(3,429,834,603)	268,419,428	(7.83)
<b>PIUTANG DARI KEGIATAN OPERASIONAL BLU (NETTO)</b>	<b>3,922,016,180</b>	<b>3,928,509,111</b>	<b>(6,492,931)</b>	<b>(0.17)</b>
Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum	657,324,520	157,223,603	500,100,917	318.08
Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU	(3,286,623)	(786,118)	(2,500,505)	318.08
<b>PIUTANG DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL BLU (NETTO)</b>	<b>654,037,897</b>	<b>156,437,485</b>	<b>497,600,412</b>	<b>318.08</b>
Persediaan	7,729,351,276	9,078,504,831	(1,349,153,555)	(14.86)
<b>JUMLAH ASET LANCAR</b>	<b>91,472,219,131</b>	<b>85,951,607,615</b>	<b>5,520,611,516</b>	<b>6.42</b>
<b>ASET TETAP</b>				
Tanah	526,493,393,000	526,493,393,000	0	0.00
Peralatan dan Mesin	121,751,709,891	117,270,596,516	4,481,113,375	3.82
Gedung dan Bangunan	178,527,373,720	177,479,660,787	1,047,712,933	0.59
Jalan, Irigasi dan Jaringan	10,969,245,690	10,746,904,176	222,341,514	2.07
Aset Tetap Lainnya	1,348,389,555	865,771,555	482,618,000	55.74
Konstruksi Dalam Pengerjaan	615,001,845	0	615,001,845	0.00
<b>AKUMULASI PENYUSUTAN</b>	<b>(194,707,000,800)</b>	<b>(188,384,544,257)</b>	<b>(6,322,456,543)</b>	<b>3.36</b>
<b>JUMLAH ASET TETAP</b>	<b>644,998,112,901</b>	<b>644,471,781,777</b>	<b>526,331,124</b>	<b>0.08</b>
<b>ASET LAINNYA</b>				
Aset Tak Berwujud	569,373,000	662,372,000	(92,999,000)	(14.04)
Dana Yang Dibatasi Penggunaannya	929,299,617	0	929,299,617	0.00
Aset Lain-lain	2,611,225,982	10,192,000	2,601,033,982	25,520.35
<b>AKUMULASI PENYUSUTAN/AMORTISASI ASET LAINNYA</b>	<b>(3,091,797,107)</b>	<b>(585,647,125)</b>	<b>(2,506,149,982)</b>	<b>427.93</b>
<b>JUMLAH ASET LAINNYA</b>	<b>1,018,101,492</b>	<b>86,916,875</b>	<b>931,184,617</b>	<b>1,071.35</b>
<b>JUMLAH ASET</b>	<b>737,488,433,524</b>	<b>730,510,306,267</b>	<b>6,978,127,257</b>	<b>0.96</b>
<b>KEWAJIBAN</b>				
<b>KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>				
Utang kepada Pihak Ketiga	5,440,578,007	687,403,646	4,753,174,361	691.47



NAMA PERKIRAAN	JUMLAH		Kenaikan (Penurunan)	
	2023	2022	Jumlah	%
1	2	3	4	5
Pendapatan Diterima Dimuka	224,670,931	56,275,833	168,395,098	299.23
<b>JUMLAH KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>	<b>5,665,248,938</b>	<b>743,679,479</b>	<b>4,921,569,459</b>	<b>661.79</b>
<b>JUMLAH KEWAJIBAN</b>	<b>5,665,248,938</b>	<b>743,679,479</b>	<b>4,921,569,459</b>	<b>661.79</b>
<b>EKUITAS</b>				
<b>EKUITAS</b>				
Ekuitas	731,823,184,586	729,766,626,788	2,056,557,798	0.28
<b>JUMLAH EKUITAS</b>	<b>731,823,184,586</b>	<b>729,766,626,788</b>	<b>2,056,557,798</b>	<b>0.28</b>
<b>JUMLAH EKUITAS</b>	<b>731,823,184,586</b>	<b>729,766,626,788</b>	<b>2,056,557,798</b>	<b>0.28</b>
<b>JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS</b>	<b>737,488,433,524</b>	<b>730,510,306,267</b>	<b>6,978,127,257</b>	<b>0.96</b>

Neraca menggambarkan posisi keuangan entitas mengenai aset, kewajiban, dan ekuitas pada 31 Desember 2023. Nilai Aset per 31 Desember 2023 dicatat dan disajikan sebesar Rp 737.488.433.524 yang terdiri dari : Aset Lancar sebesar Rp 91.472.219.131; Aset Tetap (neto) sebesar Rp 644.998.112.901; dan Aset Lainnya (neto) sebesar Rp 1.018.101.492. Nilai Kewajiban dan Ekuitas masing-masing sebesar Rp 5.665.248.938 dan Rp 731.

## BAB IV

### PENUTUP

#### 4.1 Kesimpulan

Dalam menerapkan prinsip-prinsip manajemen bisnis dan memenuhi tuntutan pelayanan prima dari masyarakat, maka RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagai instansi PK-BLU berkewajiban memenuhi persyaratan administratif yaitu kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan. Dengan tercapainya Lulus Akreditasi Paripurna dari KARS pada tanggal 5 Februari 2023 dan berlaku sampai dengan 11 Januari 2027 serta pada Bulan April 2023 juga sudah dilakukan sertifikasi ISO 9001:2015 dan dinyatakan lulus dengan bukti adanya sertifikat ISO 9001:2015, nomor : ID05/00540

Laporan Kinerja (LKj) RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Tahun 2023 disusun sebagai pelaksanaan tugas, tanggung jawab dan kewajiban untuk pelaksanaan program kerja sesuai sasaran strategis, program dan kegiatan. Sistematika penyusunan laporan ini berpedoman sesuai Permen PAN dan RB No. 53 Tahun 2014.

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

Pada tahun 2023 terdapat penambahan 22 indikator turunan dari Dirjen Yankes sehingga Indikator yang awalnya 23 bertambah menjadi 45 indikator. Capaian kinerja berdasarkan perjanjian kinerja tahun 2023 tercapai 37 indikator dari 45 indikator atau tercapai 82,22%. Tingkat kepuasan pasien dan masyarakat target 80% realisasi 87,68% capaian 109,60%. Capaian indikator kecepatan respon terhadap komplain tercapai 100%. Proporsi peningkatan pemanfaatan layanan promotif dan preventif subspecialistik yang berorientasi pada optimalisasi kualitas hidup tercapai sebesar 13,88% dari target 10%. Pertumbuhan pemanfaatan layanan psikogeriatri geriatri tercapai sangat signifikan yaitu 11,55% dari target yang ditetapkan yaitu 2%. Capaian Indikator Kinerja Utama tentang optimalisasi peningkatan kualitas hidup pada warga lansia di wilayah binaan tercapai melebihi target yaitu 112,50%. Indikator publikasi penelitian nasional dan internasional dengan target 8 publikasi per tahun tercapai 12 publikasi pada tahun 2023. Terwujudnya jejaring penelitian tercapai 3 kerjasama penelitian dari target 2 kerjasama penelitian sehingga mencapai 150% dari target. Indikator tercapainya pertumbuhan dan mutu pendidikan dan pelatihan dalam kesehatan jiwa belum mencapai target yang ditetapkan yaitu tercapai 95,50% dari target 100%. Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan belum tercapai yaitu 70,58% dari target 75%. Tercapainya peningkatan kompetensi RS yang diampu RSJRW dalam layanan

psikogeriatri tercapai 100%. Pada tahun 2023 jumlah inovasi yang terkelola dan tercatat dengan baik tercapai 100%. Indikator terwujudnya pertumbuhan produktifitas layanan kesehatan jiwa mencapai target yaitu 23,53% dari target 10% yang ditetapkan. Indikator persentase perilaku pegawai sesuai dengan budaya kinerja tercapai 99,21% dari target 85% sehingga prosentase capaian 116,72%. Capaian dari indikator tercapainya indikator mutu unit kerja pada tahun 2022 adalah 96,94%. Pada tahun 2023 RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang telah melakukan Re-akreditasi Starkes dengan predikat paripurna. Capaian indikator terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT pada tahun 2023 tercapai 100%. Realisasi capaian Indikator OEE (*Overall Equipment Effectiveness*) pada tahun 2023 tercapai 92,11% atau tercapai 108,36% dari target 85%. Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan tercapai 100%. Indikator persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar tercapai 96,85% dari target 95% sehingga prosentase capaian 101,95%. Indikator Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar tercapai 99,21% dari target 85% sehingga prosentase capaian 116,72%. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal tercapai sebesar 90,91%. Tingkat pertumbuhan pendapatan mencapai target yaitu sebesar 12,35%. Kemudian Rasio pendapatan PNPB terhadap Biaya Operasional  $\geq 45\%$  mencapai target yang ditetapkan yaitu tercapai 48,41%.

Capaian indikator Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar telah mencapai target yang ditetapkan yaitu sebesar 96,53% dari target 95%. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal telah mencapai target yaitu kurang dari 2,5%. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan telah mencapai target yaitu telah dilakukan audit medis sebanyak 2 kali. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran telah tercapai dengan adanya layanan Pro Health dan Klinik Eksekutif di rawat jalan. Namun Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP belum mencapai target yaitu hanya 2,05% dari target 10%. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional telah tercapai dengan adanya Kerjasama dengan SIF Singapore dan RS di Taiwan dalam layanan psikogeriatri. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar tercapai 100% dari target 70%. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang mencapai target yaitu lebih dari 80%. Penundaan waktu Operasi Elektif tercapai karena capaiannya kurang dari 3%. Capaian indikator Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik dan Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI telah mencapai target yang ditetapkan yaitu lebih dari 80%. Indikator Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia dan Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup juga mencapai target yaitu capaiannya lebih dari 60%. Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dan Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target

kejadian sentinel nol yaitu telah tercapai dengan adanya 12 Laporan dalam satu tahun. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital telah tercapai dengan adanya aplikasi LIS (*Laboratory Information System*). Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi tercapai 100%. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tercapai 100% dari target 92,50%. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU belum mencapai target yaitu 94,68% dari target 95% dengan capaian 99,66%. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni belum mencapai target yang ditetapkan yaitu dengan capaian 99,82%. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU juga belum mencapai target yaitu 81,99% dari target 95%. Persentase nilai EBITDA Margin tidak mencapai target bahkan capaiannya minus yaitu -69% dari target 10%.

Pada tahun 2023 terdapat capaian iki yang tidak mencapai skor 100 yaitu pada bulan Januari hingga Maret. Pada 3 bulan tersebut indikator Rasio Pendapatan PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB) mendapatkan nilai kurang dari 37% sehingga mendapatkan skor 80.

Pada tahun 2023 terdapat 10 indikator dalam kontrak kinerja antara Direktur Utama dengan Direktur Jenderal Perbendaharaan Kementerian Keuangan. Namun 10 indikator tersebut tidak selalu dilaporkan pada setiap triwulan. Indikator Ketersediaan fasilitas layanan, Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan Kesehatan, dan Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset BLU dilaporkan pada triwulan II dan IV. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional serta Layanan Unggulan Bertaraf Internasional hanya dilaporkan pada triwulan IV. Sedangkan 5 indikator lainnya wajib dilaporkan di setiap triwulan. Capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) Triwulan I s.d IV secara berturut-turut sebesar 106,80% (nilai IKT = 1,70), 113,21% (nilai IKT = 2,40), 111,68% ((nilai IKT = 2,20), dan 111,48% ((nilai IKT = 2,20). Indikator Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (PB) tidak tercapai pada triwulan I dan II.

Tingkat Maturitas BLU berdasarkan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-11/PB/2021 tentang Pedoman Penilaian Tata Kelola dan Kinerja (Tingkat Maturitas) Badan Layanan Umum tercapai **3,24** dengan rincian aspek keuangan tingkat maturitas 1,25, aspek pelayanan tingkat maturitas 4,38, aspek kapabilitas internal tingkat maturitas 3,50, aspek tata kelola dan kepemimpinan tingkat maturitas 3,60, aspek inovasi tingkat maturitas 3,00 dan aspek lingkungan tingkat maturitas 3,50.

Realisasi Pendapatan Negara pada TA 2023 adalah berupa Pendapatan Negara Bukan Pajak sebesar Rp. 60.571.376.352 atau mencapai 95 persen dari estimasi Pendapatan-LRA sebesar Rp 63.845.241.000.

Realisasi Belanja Negara pada TA 2023 adalah sebesar Rp 128.825.708.742 atau mencapai 90 persen dari alokasi anggaran sebesar Rp 143.100.077.000.

## 4.2 Langkah-Langkah Meningkatkan Kinerja

- Mendorong seluruh unit kerja melakukan kajian untuk lebih memahami kekuatan, kelemahan, peluang, serta ancaman sesuai dengan analisis SWOT pada kuadran II dalam mengelola potensi sumber daya untuk menghasilkan kinerja pelayanan dan peningkatan pendapatan operasional BLU.
- Indikator Tercapainya Pertumbuhan dan Mutu Pendidikan dan Pelatihan dalam Kesehatan Jiwa tidak mencapai target pada tahun 2023. Langkah-langkah yang akan dilakukan untuk mengatasi permasalahan yang ada sehingga diharapkan capaian pada tahun 2024 bisa tercapai dan lebih baik dari tahun ini yaitu Melakukan cek MOU, bila perlu update maka melakukan MOU dengan instansi/unit seperti bapelkes yang terakreditasi dan melaksanakan pelatihan terakreditasi dibawah supervisor unit pengampu yang sudah terakreditasi
- Indikator Peningkatan proporsi jumlah pasien yang dirujuk oleh jejaring kemitraan tidak mencapai target yang ditetapkan, rencana yang akan dilakukan yaitu Meningkatkan pemanfaatan IT untuk menguatkan jejaring rujukan pasien, Memperluas jejaring yang memanfaatkan aplikasi SISRUITE, Meningkatkan kompetensi SDM pemberi pelayanan, dan Menjaga kualitas dan ketersediaan fungsi IT dalam pelayanan.
- Indikator Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja tidak mencapai target yang ditetapkan, rencana yang akan dilakukan yaitu melakukan koordinasi dengan beberapa unit kerja yang memiliki indikator mutu tidak tercapai untuk melakukan upaya-upaya agar indikator unit kerja tersebut bisa tercapai sesuai target, sehingga target Tercapainya Indikator Mutu Unit Kerja seluruh rumah sakit bisa tercapai sesuai target yang telah ditetapkan.
- Indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP tidak mencapai target yang ditetapkan, rencana yang akan dilakukan yaitu Peningkatan promosi layanan VVIP ke masyarakat, Penataan sarpras dalam menunjang kenyamanan pasien, Peningkatan kemudahan akses layanan VVIP dan Peningkatan kompetensi SDM dalam pemberian layanan
- Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU pada tahun 2023 tidak mencapai target yang ditetapkan, rencana yang akan dilakukan yaitu Percepatan penyelesaian klaim obat BPJS paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, Meningkatkan kerja sama pemeriksaan kesehatan dengan Instansi potensial di sekitar RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, dan Penyampaian laporan realisasi pendapatan secara tepat waktu paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sebagai bahan monitoring dan evaluasi capaian target pendapatan
- Indikator Persentase Realisasi Anggaran yang bersumber Rupiah Murni pada tahun 2023 tidak mencapai target yang ditetapkan, rencana yang akan dilakukan yaitu Percepatan proses pengadaan barang dan jasa terutama untuk sumber dana Rupiah Murni,

Pengawasan perencanaan secara ketat dan pembatasan pengadaan diluar perencanaan hanya untuk kegiatan yang benar-benar mendesak, Optimalisasi dana dari efisiensi kontrak, Penyusunan RPD yang lebih baik, serta Penyampaian laporan realisasi belanja secara tepat waktu paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sebagai bahan minitoring dan evaluasi capaian target realisasi belanja

- Indikator Persentase Realisasi Anggaran yang bersumber Rupiah BLU Murni pada tahun 2023 tidak mencapai target yang ditetapkan, rencana yang akan dilakukan yaitu Percepatan proses pengadaan barang dan jasa terutama untuk sumber dana Rupiah BLU dengan memperhatikan kondisi penerimaan tahun berjalan, Pengawasan perencanaan secara ketat dan pembatasan pengadaan diluar perencanaan hanya untuk kegiatan yang benar-benar mendesak, Penyusunan RPD yang lebih baik, serta Penyampaian laporan realisasi belanja secara tepat waktu paling lambat tanggal 5 bulan berikutnya sebagai bahan minitoring dan evaluasi capaian target realisasi belanja
- Indikator Persentase nilai EBITDA Margin tidak mencapai target yang ditetapkan, rencana yang akan dilakukan yaitu mengidentifikasi SDM untuk kebutuhan layanan, pengeluaran biaya dengan skala prioritas, serta pengendalian mutu dan efisiensi biaya.



# KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

## DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG  
Jalan Ahmad Yani Lawang, Kabupaten Malang, Jawa Timur 65208  
Telepon (0341) 426015, 429067 Faksimile (0341) 423785  
Laman www.rsjr.id Surat Elektronik info@rsjr.id



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

HK.02.03/D.XXXVII / 2001A /2024

T E N T A N G

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

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
DIREKTUR UTAMA RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG

- Menimbang :
- bahwa dalam rangka pelaksanaan program dan kegiatan pelaporan capaian kinerja di RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang perlu adanya laporan kegiatan yang transparan dan akuntabel sesuai visi, misi dan tujuan Rumah Sakit,
  - bahwa untuk hal tersebut pada poin "a" diperlukan Tim Penyusun Dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LKj),
  - bahwa sehubungan dengan hal tersebut perlu ditetapkan dengan suatu keputusan,

- Mengingat :
- Undang-Undang No.1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara
  - Undang-Undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
  - Undang-Undang No.17 tahun 2023 tentang Kesehatan
  - Undang-undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara.
  - Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2006. Pelaporan Keuangan Dan Kinerja Instansi Pemerintah
  - Peraturan Presiden (PERPRES) Nomor 29 Tahun 2014. Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
  - Peraturan Menteri PAN & RB No. 53 Tahun 2014 Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah
  - Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 26 Tahun 2022, tanggal 16 September 2022, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan
  - Keputusan Menteri Kesehatan RI No.756/Men.Kes/SK/VI/2007, tanggal 26 Juni 2007 tentang Penetapan 15 (lima belas) Rumah Sakit Pelaksana Teknis ( UPT) Dep.Kes dengan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLU
  - Keputusan Menteri Kesehatan RI No.KP.03.03/Menkes/1347/2023 tanggal 15 Mei 2023 tentang Pengangkatan dalam Jabatan Direksi Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan
  - Keputusan Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang No. HK.02.03/D.XXXVII.3 / 8415A /2023 tanggal 20 Juli 2023 tentang Pembentukan Tim Kerja di RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

### MEMUTUSKAN

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

KESATU...

- KESATU : Mencabut Keputusan Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Nomor : HK.02.03/XXVII/10134A/2022 tanggal 19 Desember 2022
- KEDUA : Menetapkan susunan Tim Penyusun Dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LKj) RSJ dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini.
- KETIGA : Uraian tugas dan tanggung jawab Tim Penyusun Dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LKj), sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan ini.
- KEEMPAT : Dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya Tim Penyusun Dan Evaluasi Laporan Akuntabilitas Kinerja (LKj) berpedoman pada perundang - undangan yang berlaku dan bertanggung jawab kepada Direktur Utama.
- KELIMA : Keputusan ini berlaku terhitung **sejak tanggal ditetapkan** dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Lawang  
Pada tanggal : 10 Januari 2024





Lampiran I  
Surat Keputusan Direktur Utama  
RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang  
Nomor : HK.02.03/D.XXXVII / 2001A /2024  
Tanggal : 10 Januari 2024

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

Pelindung : Direktur Utama  
Penasehat : 1. Direktur Medik dan Keperawatan  
2. Direktur Perencanaan Keuangan dan Layanan Operasional  
3. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

Ketua : Ketua Tim Kerja Perencanaan Program, Anggaran dan Evaluasi  
Sekretaris : Penanggung Jawab Perencanaan Program dan Evaluasi  
Anggota : 1. Ketua Tim Kerja Pelayanan Medik  
2. Ketua Tim Kerja Pelayanan Keperawatan  
3. Ketua Tim Kerja Pelayanan Penunjang  
4. Ketua Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia  
5. Ketua Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan  
6. Ketua Tim Kerja Penelitian  
7. Ketua Tim Kerja Pelaksanaan Keuangan  
8. Ketua Tim Kerja Akuntansi dan Barang Milik Negara  
9. Ketua Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat  
10. Ketua Tim Kerja Tata Usaha dan Rumah Tangga  
11. Ketua SPI

Ditetapkan di : Lawang  
Pada tanggal : 10 Januari 2024

**DIREKTUR UTAMA,**



Lampiran II  
Surat Keputusan Direktur Utama  
RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang  
Nomor : HK.02.03/D.XXXVII / 2001A / 2024  
Tanggal : 10 Januari 2024

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

- Pelindung : Menelaah dan mengesahkan Laporan Kinerja (LKj)
- Penasehat : Menelaah dan memberikan masukan serta saran atas analisa data atau permasalahan yang teridentifikasi pada masing – masing Direktorat
- Ketua : 1. Mengkoordinasikan seluruh kegiatan yang diperlukan untuk memperoleh data dukung, analisa data dan permasalahan untuk dituangkan dalam LKj  
2. Mengevaluasi finalisasi LKj serta mempersiapkan penilaian dari Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan RI
- Sekretaris : Melaksanakan dan mendokumentasikan seluruh kegiatan untuk memperoleh analisa data untuk LKj dan data dukung untuk penilaian dari Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan RI
- Anggota : 1. Memberikan data dukung dan analisa kegiatan sesuai dengan area koordinasi substansi masing – masing  
2. Melakukan finalisasi LKj serta mempersiapkan data dukung untuk penilaian dari Inspektur Jenderal Kementerian Kesehatan RI

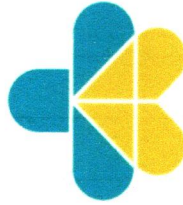
Ditetapkan di : Lawang  
Pada tanggal : 10 Januari 2024



**DIREKTUR UTAMA,**

**YUNIA**

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



**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**

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

Nama : dr. Yuniar, Sp.KJ, MMRS

Jabatan : Direktur Utama RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, 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, Januari 2023

Pihak Kedua,

Pihak Pertama

  
**dr. Azhar Jaya, SKM, MARS**

NIP 197106262000031002

  
**dr. Yuniar, Sp.KJ, MMRS**

NIP 196808171996032005

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**  
**RSJ Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT**

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

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
<b>Perspektif Pengembangan Personil dan Organisasi</b>				
6	Terwujudnya transformasi budaya kinerja yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pelanggan	13	Persentase perilaku pegawai sesuai budaya kinerja	85
		14	Tercapainya indikator mutu unit kerja	100%
		15	Terakreditasi Internasional	Verifikasi Internasional
7	Tercapainya sistem IT yang terintegrasi	16	Terwujudnya modernisasi pengelolaan BLU berbasis IT	4 Paket
8	Meningkatnya kehandalan sarana prasarana dan optimalisasi aset	17	OEE (Overall Equipment Effectiveness)	85%
		18	Persentase pemanfaatan aset untuk meningkatkan mutu layanan dan pendapatan	100
9	Meningkatnya kompetensi dan profesionalisme SDM yang berintegritas	19	Persentase kompetensi pegawai yang sesuai standar	95
		20	Persentase hasil penilaian komponen kualitas dan perilaku kinerja sesuai standar	85
10	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	21	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal	85
<b>Perspektif Keuangan</b>				
11	Terwujudnya pertumbuhan pendapatan	22	Tingkat pertumbuhan pendapatan	10%
12	Terwujudnya efisiensi anggaran	23	Rasio pendapatan PNPB terhadap biaya operasional $\geq 45\%$	$\geq 45\%$
<b>Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal Turunan Ditjen Yankes</b>				
13	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	24	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar (khusus untuk RS Vertikal yang beroperasi kurang dari 2 tahun tidak bersifat mandatory)	95
14	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	25	Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal	$< 2.5$
15	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah	26	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
	sakit		(untuk RS Khusus, 9 kasus layanan disesuaikan dengan kekhususannya)	
16	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	27	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran	1
		28	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
17	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	29	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 layanan
		30	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
		31	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
		32	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		33	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		34	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI	≥ 80%
		35	Optimalisasi lama rawat pasien skizofrenia	≥ 60%
		36	Pasien adiksi napza yang mengalami perbaikan kualitas hidup	≥ 60%
18	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	37	Laporan bulanan pengukuran 9 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator : 1. Kepatuhan kebersihan tangan ≥90% 2. Kepatuhan penggunaan APD 100% 3. Kepatuhan identifikasi pasien 100% 4. Waktu tunggu rawat jalan ≥80% 5. Kepatuhan waktu visit dokter ≥80% 6. Pelaporan hasil kritis laboratorium 100% 7. Kepatuhan penggunaan formularium nasional ≥90% 8. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) ≥85% 9. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%	12 Laporan
		38	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
19	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	39	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem
20	Indikator RPJMN	40	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.	100%
21	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	41	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5
		42	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95
		43	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97
		44	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95
		45	Persentase nilai EBITDA Margin	10

No	Kegiatan	Anggaran
1	Program Pelayanan Kesehatan & JKN	Rp. 73.488.710.000,-
2	Program Dukungan Manajemen	Rp. 62.670.440.000,-
	Total	Rp. 136.159.150.000,-

Pihak Kedua,

Jakarta, Januari 2023  
Pihak Pertama

**dr. Azhar Jaya, SKM, MARS**

NIP 197106262000031002

**dr. Yuniar, Sp.KJ, MMRS**

NIP 196808171996032005



**KONTRAK KINERJA  
ANTARA**

**DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN  
KEMENTERIAN KEUANGAN RI**



**DENGAN**

**DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT JIWA DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
TAHUN 2023**

Nomor : PRJ-180/PB/2023

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

1. Nama : Astera Primanto Bhakti  
Jabatan : Direktur Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan RI  
Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan RI  
Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK PERTAMA**
2. Nama : dr. Yuniar, Sp.KJ, MMRS  
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat,  
Kementerian Kesehatan RI  
Selanjutnya disebut sebagai **PIHAK KEDUA**.

Bersepakat bahwa dalam rangka mewujudkan Badan Layanan Umum yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi pada hasil, diperlukan Kontrak Kinerja Tahun 2023, dengan ketentuan;

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

No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target Kinerja 2023			
			TW I	TW II	TW III	TW IV
1.	Ketersediaan Fasilitas Layanan	82,5%	N/A	82,5%	N/A	82,5%
2.	Ketepatan Waktu Layanan	80%	80%	80%	80%	80%
3.	Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional	100%	N/A	N/A	N/A	100%*)
4.	Layanan Unggulan Bertaraf Internasional	100%	N/A	N/A	N/A	100%
5.	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	76,61	N/A	80	N/A	80
6.	Optimalisasi Perawatan Pasien Skizofrenia	60%	60%	60%	60%	60%
7.	Pasien ketergantungan Stimulan yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup	70%	50%	60%	70%	70%
8.	Rasio PNBPN Terhadap Beban Operasional (PB)	45%	45%	45%	45%	45%
9.	Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU	100%	100%	100%	100%	100%
10.	Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pemanfaatan Aset Badan Layanan Umum	10%	N/A	10%	N/A	10%

\*) Target Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional adalah 8 penelitian



PIHAK KEDUA bersedia menerima konsekuensi atas capaian target kinerja tersebut.

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

Jakarta, 31 Januari 2023

Direktorat Jenderal Perbendaharaan  
Direktur Jenderal,

Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat  
Direktur Utama,



Astera Primanto Bhakti



dr. Yuniar, Sp.KJ, MMRS