



LAK 2016

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA



RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



Jl. RS Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan 12430

Telp. (021) 7501524, 76660552 (Hunting), Fax. 7690123

Email : rsupf@fatmawatihospital.com ; Website:

www.fatmawatihospital.com

**LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
RSUP FATMAWATI
TAHUN 2016**

KATA PENGANTAR



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

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

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

Kami berharap dengan adanya Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati ini, RSUP Fatmawati semakin baik dan dapat mewujudkan visinya : **“Menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional Dengan Layanan Excellent Terpadu 2019”** melalui misi, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Aamiin, Ya Robbal Alamin.



Jakarta, Januari 2017

Direktur Utama RSUP Fatmawati

DIREKTUR UTAMA
RSUP FATMAWATI

Dr. Andri Wahyuningsih A, SpAn, KIC, MARS

NIP : 19570802 198710 2 001

DAFTAR ISI

| | |
|----------------------------------|-----|
| KATA PENGANTAR | i |
| DAFTAR ISI | ii |
| RINGKASAN EKSEKUTIF | iii |
| BAB I : PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Maksud dan Tujuan | 2 |
| C. Tugas Pokok dan Fungsi | 2 |
| D. Sistematika Penulisan | 4 |
| BAB II : PERENCANAAN KINERJA | |
| A. Perencanaan Kinerja | 5 |
| B. Perjanjian Kinerja | 8 |
| BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA | |
| A. Capaian Kinerja Organisasi | 10 |
| B. Realisasi Anggaran | 54 |
| BAB IV : PENUTUP | 57 |
| LAMPIRAN – LAMPIRAN : | |
| A. Form Rencana Kinerja Tahunan | |
| B. Pernyataan Perjanjian Kinerja | |
| C. Form Perjanjian Kinerja | |
| D. Form Pengukuran Kinerja | |
| E. SK Tim LAKIP | |

RINGKASAN EKSEKUTIF

Dengan ditetapkannya RSUP Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan RI, maka RSUP Fatmawati sebagai Instansi Pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Akuntabilitas Kinerja (LAK). Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas, yang berisi hasil pengukuran kinerja dari sasaran strategis yang telah ditetapkan selama tahun 2016. Hasil pengukuran kinerja yang telah ditetapkan selama tahun 2016, secara keseluruhan mencapai target yang telah ditetapkan.

Didalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati Tahun 2015 – 2019 tercantum sasaran strategis, indikator kinerja serta target selama tahun 2016 sebagai berikut :

1. Terwujudnya kepuasan *Stakeholder* yang terdiri dari :

- a. Indeks Kepuasan Pasien 80%
- b. Persentase Kepuasan Staf 82%
- c. Persentase Kepuasan Peserta Didik 85%
- d. Tingkat Kesehatan BLU 82%

Indikator kinerja belum mencapai target :

- a. Persentase Kepuasan Staf 82%
- b. Tingkat Kesehatan BLU 82%

2. Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen terdiri dari :

- a. Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin 15%
- b. Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) 40%
- c. Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional / Internasional 5 judul

Indikator kinerja belum mencapai target :

- a. Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) 40%

3. Tercapainya sustainability akreditasi Rumah Sakit :

- a. Capaian Akreditasi Rumah Sakit JCI

4. Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu :

- a. Persentase pengembangan cluster layanan terpadu 40%

5. Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) yang terdiri dari :
 - a. Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik 70%
 - b. Persentase AFI (*Action for Improvement*) terkait integrasi yang ditindaklanjuti 100%
 - c. Jumlah riset translasional yang didokumentasikan 3 judul

6. Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan yang terdiri dari :
 - a. Persentase rujukan tepat 50%
 - b. Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring 4 program

Indikator kinerja belum mencapai target :

- a. Persentase rujukan tepat 50%

7. Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian yang terdiri dari :
 - a. Jumlah KSO pengadaan peralatan 2 KSO
 - b. Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat 10 orang
 - c. Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan 2 judul

Indikator kinerja belum mencapai target :

- a. Jumlah KSO pengadaan peralatan 2 KSO

8. Terwujudnya sistem jaminan mutu yang terdiri dari :
 - a. Persentase SIP yang ditindaklanjuti 100%
 - b. Persentase Capaian Kinerja Medik 65%

Indikator kinerja belum mencapai target :

- a. Persentase SIP yang ditindaklanjuti 100%
- b. Persentase Capaian Kinerja Medik 65%

9. Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS :
 - a. Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi 100%

Indikator kinerja belum mencapai target :

- a. Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi 100%

10. Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu :

a. Persentase capaian kinerja satker 70%

Indikator kinerja belum mencapai target :

a. Persentase capaian kinerja satker 70%

11. Terwujudnya *Good Corporate Governance* :

a. Indeks Persepsi GCG 60%

12. Terwujudnya SDM yang berkompeten :

a. Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan) 80%

13. Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu yang terdiri dari :

a. Tingkat keandalan sarpras 72%

b. Tingkat integrasi sistem informasi 70%

14. Tercapainya pertumbuhan pendapatan :

a. Trend Peningkatan Pendapatan 6%

Indikator kinerja belum mencapai target :

a. Trend Peningkatan Pendapatan 6%

15. Terwujudnya *cost effectiveness* dalam layanan :

a. POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional) 82,50%

Indikator kinerja belum mencapai target :

a. POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional) 82,50%

Capaian indikator kinerja rata-rata sudah lebih dari 100%, bisa diasumsikan arah gerak strategi dalam memenuhi visi misi sudah sesuai dengan harapan dengan rata-rata capaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2016 sebesar 104.13%. Sedangkan capaian kinerja menggunakan Dana DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2016 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 857.557.807.587,- atau 95,49% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp. 898.020.822.000,- .

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 Tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme mendorong instansi pemerintah untuk mengembangkan dan menerapkan suatu system keterkaitan antara kinerja dan akuntabilitas. Kebijakan penting dalam upaya mewujudkan penyelenggaraan negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (*Good Governance*) adalah terbitnya Instruksi Presiden Nomor 7 tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan instansi pemerintah untuk berakuntabilitas dan melaporkan kinerjanya kepada pihak yang memiliki hak atau berkewenangan untuk meminta pertanggung-jawaban.

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

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

Dalam penjabarannya untuk melakukan upaya upaya perbaikan untuk mencapai program kerja yang sesuai dengan rencana strategis, RSUP Fatmawati melakukan pendekatan monitoring dan evaluasi dan tindak lanjut sesuai dengan permasalahan yang dihadapi oleh RSUP Fatmawati.

Permasalahan yang masih menjadi ancaman dari RSUP Fatmawati masih dipengaruhi oleh kendala kendala eksternal yang mempengaruhi kinerja RSUP Fatmawati.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas dalam kurun waktu tahun 2016. Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati merupakan rangkuman dari suatu proses evaluasi kinerja dari masing-masing Direktorat dan Unit Kerja yang ada di RSUP Fatmawati. Diharapkan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati dapat mewujudkan manajemen RSUP Fatmawati yang efektif,transparan,akuntabel dan berorientasi kepada hasil.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Berdasarkan Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor : HK.03.05/II.1/624/2016 tanggal 28 April 2016 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja RSUP Fatmawati. RSUP Fatmawati mempunyai tugas pokok dan fungsi :

1. Tugas Pokok RSUP Fatmawati :

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

2. Fungsi RSUP Fatmawati yaitu menyelenggarakan :

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

Susunan Direksi RSUP Fatmawati :



Direktur Utama RSUP Fatmawati
Dr. Andi Wahyuningsih A, SpAn, KIC, MARS



Direktur Medik dan Keperawatan
Dr. Chamim, Sp. OG(K), Onk

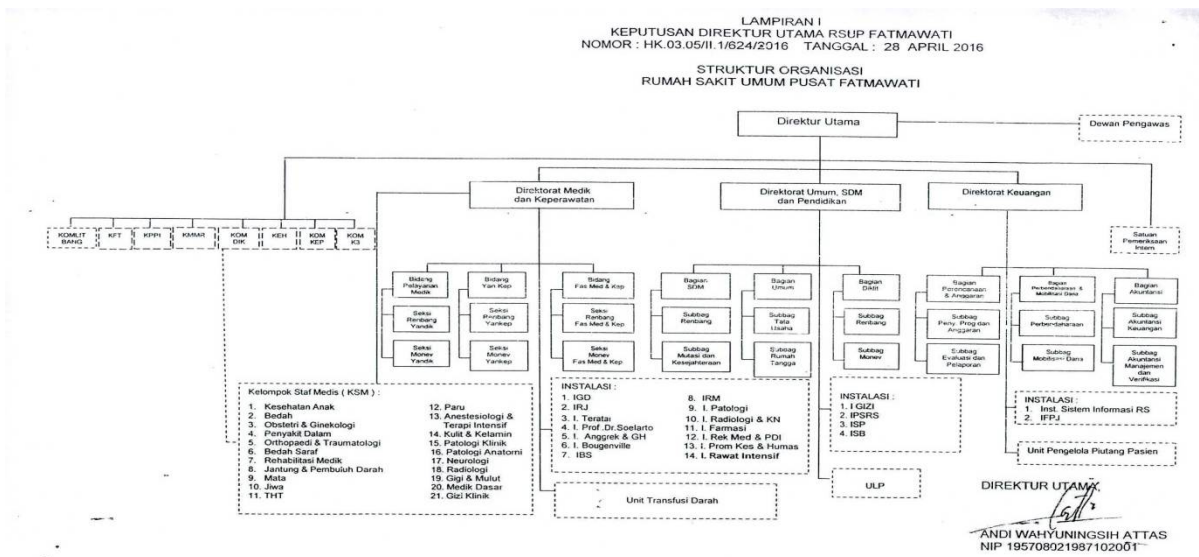


Direktur Umum, SDM & Pendidikan
Drg. Marlina Poerba, MM



Direktur Keuangan
Drg. Oom Komariah, MARS

Struktur Organisasi RSUP Fatmawati :



D.SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati sebagai berikut :

1. Bab I Pendahuluan, menjelaskan secara ringkas latar belakang, maksud dan tujuan, tugas pokok dan fungsi, struktur organisasi RSUP Fatmawati, serta sistematika penulisan laporan.
2. Bab II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja, menjelaskan tentang sasaran strategis, indikator kinerja dan target yang ingin dicapai.
3. Bab III Akuntabilitas Kinerja, menjelaskan tentang pengukuran dan analisis pencapaian kinerja serta realisasi anggaran yang mendukung pencapaian kinerja RSUP Fatmawati.
4. Bab IV Kesimpulan, berisi kesimpulan dari Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati tahun 2016.

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN KINERJA

Pada bulan Januari 2015, Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati Tahun 2015 – 2019 telah ditandatangani oleh Direktur Utama RSUP Fatmawati dan Ketua Dewan Pengawas serta disahkan oleh Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI. Didalam Rencana Strategis Bisnis tercantum sasaran strategis, indikator kinerja serta target selama kurun waktu 2015 – 2019, dimana untuk mencapai sasaran strategis tersebut diperlukan indikator kinerja sebagai berikut :

1. Terwujudnya kepuasan *Stakeholder*

Indikator Kinerja :

- 1) Indeks Kepuasan Pasien
- 2) Persentase Kepuasan Staf
- 3) Persentase Kepuasan Peserta Didik
- 4) Tingkat Kesehatan BLU

2. Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen

Indikator Kinerja :

- 1) Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin
- 2) Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF)
- 3) Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional/Internasional

3. Tercapainya sustainability akreditasi Rumah Sakit

Indikator Kinerja :

- 1) Capaian Akreditasi Rumah Sakit

4. Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu

Indikator Kinerja :

- 1) Persentase pengembangan cluster layanan terpadu

5. Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS)

Indikator Kinerja :

- 1) Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik

- 2) Persentase AFI (*Action for Improvement*) terkait integrasi yang ditindaklanjuti
 - 3) Jumlah riset translasional yang didokumentasikan
6. Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan
- Indikator Kinerja :
- 1) Persentase rujukan tepat
 - 2) Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring
7. Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian
- Indikator Kinerja :
- 1) Jumlah KSO pengadaan peralatan
 - 2) Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat
 - 3) Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan
8. Terwujudnya sistem jaminan mutu
- Indikator Kinerja :
- 1) Persentase SIP yang ditindaklanjuti
 - 2) Persentase Capaian Kinerja Medik
9. Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS
- Indikator Kinerja :
- 1) Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi
10. Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu
- Indikator Kinerja :
- 1) Persentase capaian kinerja satker
11. Terwujudnya *Good Corporate Governance*
- Indikator Kinerja :
- 1) Indeks Persepsi GCG
12. Terwujudnya SDM yg berkompeten
- Indikator Kinerja :
- 1) Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)

13. Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu

Indikator Kinerja :

- 1) Tingkat keandalan sarpras
- 2) Tingkat integrasi sistem informasi

14. Tercapainya pertumbuhan pendapatan

Indikator Kinerja :

- 1) Trend Peningkatan Pendapatan

15. Terwujudnya *cost effectiveness* dalam layanan

Indikator Kinerja :

- 1) POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional)

Dengan adanya Rencana Strategis Bisnis (RSB) tersebut, dimana mempunyai visi yaitu **“Menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional Dengan Layanan Excellent Terpadu 2019”**.

Yang dimaksud dengan Rujukan Nasional adalah :

- Adanya pengakuan dari stakeholder sebagai Rujukan Nasional
- Pasien berasal dari lintas propinsi
- Terjadinya peningkatan proporsi pasien dengan *severity level 3* (hingga 30%-40% kasus)
- Pelayanan berbasis penelitian
- Minimal tiga unggulan bertaraf nasional dan internasional
 - *Fatmawati Hospital Spine Center*
 - *Adolescence Health Center*
 - *Endometriosis Center*

Layanan Ekselen adalah layanan dengan kualitas terbaik dan berbasis pendidikan dan penelitian

Layanan Terpadu adalah layanan yang melibatkan multi disiplin dalam satu area dan satu waktu

B. PERJANJIAN KINERJA

RSUP Fatmawati telah membuat Perjanjian Kinerja yang merupakan pernyataan kinerja atau kesepakatan kinerja antara Direktur Utama RSUP Fatmawati dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai berikut :

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2016 RSUP FATMAWATI

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET TH 2016 |
|----|---|--|----------------|
| 1 | Terwujudnya kepuasan <i>Stakeholder</i> | 1 Indeks Kepuasan Pasien | 80% |
| | | 2 Persentase Kepuasan Staf | 82% |
| | | 3 Persentase Kepuasan Peserta Didik | 85% |
| | | 4 Tingkat Kesehatan BLU | 82% |
| 2 | Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen | 5 Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin | 15% |
| | | 6 Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) | 40% |
| | | 7 Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional / Internasional | 5 |
| 3 | Tercapainya sustainability akreditasi Rumah Sakit | 8 Capaian Akreditasi Rumah Sakit | JCI |
| 4 | Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu | 9 Persentase pengembangan cluster layanan terpadu | 40% |
| 5 | Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) | 10 Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik | 70% |
| | | 11 Persentase AFI (<i>Action for Improvement</i>) terkait integrasi yang ditindaklanjuti | 100% |
| | | 12 Jumlah riset translasional yang didokumentasikan | 3 |
| 6 | Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan | 13 Persentase rujukan tepat | 50% |
| | | 14 Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring | 4 |
| 7 | Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian | 15 Jumlah KSO pengadaan peralatan | 2 |
| | | 16 Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat | 10 |
| | | 17 Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan | 2 |

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET TH 2016 |
|----|---|---|----------------|
| 8 | Terwujudnya sistem jaminan mutu | 18 Persentase SIP yang ditindaklanjuti | 100% |
| | | 19 Persentase Capaian Kinerja Medik | 65% |
| 9 | Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS | 20 Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi | 100% |
| 10 | Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu | 21 Persentase capaian kinerja satker | 70% |
| 11 | Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i> | 22 Indeks Persepsi GCG | 60% |
| 12 | Terwujudnya SDM yg berkompeten | 23 Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan) | 80% |
| 13 | Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu | 24 Tingkat keandalan sarpras | 72% |
| | | 25 Tingkat integrasi sistem informasi | 70% |
| 14 | Tercapainya pertumbuhan pendapatan | 26 Trend Peningkatan Pendapatan | 6% |
| 15 | Terwujudnya <i>cost effectiveness</i> dalam layanan | 27 POBO (Rasio Pendapatan PNBK terhadap Biaya Operasional) | 82,50% |

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pengukuran dan Analisis Capaian Kinerja bertujuan untuk mengetahui capaian kinerja, kemajuan dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran yang telah ditetapkan oleh RSUP Fatmawati. Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati tahun 2015 – 2019, masing-masing sasaran strategi mempunyai indikator kinerja yang telah ditargetkan dengan capaian sebagai berikut :

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TAHUN 2016 | | |
|----|---|--|------------|-----------|----------------|
| | | | TARGET | REALISASI | PENCAPAIAN (%) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6=(5/4x100%) |
| 1 | Terwujudnya kepuasan <i>Stakeholder</i> | 1 Indeks Kepuasan Pasien | 80% | 80,4 | 100,50 |
| | | 2 Persentase Kepuasan Staf | 82% | 78,99 | 96,33 |
| | | 3 Persentase Kepuasan Peserta Didik | 85% | 92,30 | 108,59 |
| | | 4 Tingkat Kesehatan BLU | 82% | 73,65 | 89,82 |
| 2 | Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen | 5 Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin | 15% | 46,67 | 311,13 |
| | | 6 Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) | 40% | 33,3 | 83,25 |
| | | 7 Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional/ Internasional | 5 | 6 | 120,00 |
| 3 | Tercapainya sustainability akreditasi Rumah Sakit | 8 Capaian Akreditasi Rumah Sakit | JCI | JCI | 100,00 |
| 4 | Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu | 9 Persentase pengembangan cluster layanan terpadu | 40% | 45 | 112,50 |
| 5 | Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) | 10 Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik | 70% | 87,58 | 125,11 |
| | | 11 Persentase AFI (<i>Action for Improvement</i>) terkait integrasi yang ditindaklanjuti | 100 | 100 | 100,00 |
| | | 12 Jumlah riset translasional yang didokumentasikan | 3 | 3 | 100,00 |
| 6 | Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan | 13 Persentase rujukan tepat | 50% | 41,23 | 82,46 |
| | | 14 Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring | 4 | 5 | 125,00 |

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TAHUN 2016 | | |
|----|---|---|------------|-----------|----------------|
| | | | TARGET | REALISASI | PENCAPAIAN (%) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6=(5/4x100%) |
| 7 | Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian | 15 Jumlah KSO pengadaan peralatan | 2 | 0 | - |
| | | 16 Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat | 10 | 20 | 200,00 |
| | | 17 Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan | 2 | 2 | 100,00 |
| 8 | Terwujudnya sistem jaminan mutu | 18 Persentase SIP yang ditindaklanjuti | 100% | 89,14 | 89,14 |
| | | 19 Persentase Capaian Kinerja Medik | 65% | 57,7 | 88,77 |
| 9 | Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS | 20 Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi | 100% | 87,28 | 87,28 |
| 10 | Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu | 21 Persentase capaian kinerja satker | 70% | 67,4 | 96,29 |
| 11 | Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i> | 22 Indeks Persepsi GCG | 60% | 71,49 | 119,15 |
| 12 | Terwujudnya SDM yang berkompeten | 23 Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan) | 80% | 91 | 113,75 |
| 13 | Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu | 24 Tingkat keandalan sarpras | 72% | 96,67 | 134,26 |
| | | 25 Tingkat integrasi sistem informasi | 70% | 71,64 | 102,34 |
| 14 | Tercapainya pertumbuhan pendapatan | 26 Trend Peningkatan Pendapatan | 6% | (3,69) | (61,50) |
| 15 | Terwujudnya <i>cost effectiveness</i> dalam layanan | 27 POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional) | 82,50% | 72 | 87,27 |

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

1. Terwujudnya kepuasan *Stakeholder*

Indikator Kinerja :

1) Indeks kepuasan pasien

Survey Kepuasan Pelanggan yang dilakukan rutin di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara nomor 25 tahun 2004 tentang Pengelolaan Indeks Kepuasan Masyarakat. Dalam mengukur kinerja pelayanannya RSUP Fatmawati rutin melakukan kegiatan tersebut setiap tahun, sejak dua tahun terakhir RSUP Fatmawati melakukan kegiatan survey kepuasan pelanggan setiap bulan yang dikelola oleh Instalasi Promosi Kesehatan dan Humas yang bekerjasama dengan beberapa satuan kerja pelayanan.

Upaya yang telah dilakukan oleh RSUP Fatmawati dalam memenuhi kepuasan pelanggan yaitu selalu meningkatkan mutu pelayanan kepada pelanggan agar pelanggan merasa puas terhadap pelayanan yang telah diberikan oleh RSUP Fatmawati.

Kegiatan ini dilakukan untuk menilai kinerja pelayanan serta memonitor pelaksanaan pelayanan sehingga dapat diketahui kekurangan-kekurangan yang harus diperbaiki guna memenuhi kepuasan dan kebutuhan pelanggan.

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 1 : Capaian Indeks kepuasan pasien

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|------------------------|---------|---------------------|---------|--------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Indeks kepuasan pasien | 77% | 79.25% (102.92%) | 80% | 80.4% (100.50%) | 82% | 84% | 85% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 100.50%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 1.45%.

3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 94.59%.

Perbandingan target untuk jangka menengah tahun 2019, yang masih relevan dengan kondisi saat ini; tapi indeks kepuasan pasien banyak dipengaruhi banyak faktor, karena jasa adalah hal yang sulit dibuktikan tapi hanya bisa dirasakan menurut Kootler (2005) sehingga akan realisasi 2019 akan tercapai apabila RSUP Fatmawati terus memperbaiki diri, dalam monitoring dan evaluasi selama ini, tingkat kepuasan pasien, tingkat kepuasan staf, peserta didik, kinerja ini akan menjadi indeks kepuasan pelanggan dengan pendekatan peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal, karena tujuan pengelolaan pelayanan RSUP Fatmawati adalah kepuasan dari pelanggan kita sendiri.

b. Permasalahan :

Walaupun target ini tercapai, dalam pelaksanaan kegiatan survey Kepuasan Pelanggan yang rutin dilakukan setiap bulan tentunya memiliki permasalahan-permasalahan di lapangan seperti :

1. Pada saat melakukan kegiatan survey oleh petugas tidak semua pelanggan bersedia mengisi dikarenakan mereka merasa takut dan akan berpengaruh terhadap pelayanan yang akan didapatkan
2. Satuan kerja masih belum seluruhnya menerapkan sistem untuk perbaikan pelayanan guna meningkatkan hasil kepuasan pelanggan
3. Sistem Pelaksanaan survey dan penyebaran kuesioner masih belum efektif

c. Upaya pemecahan masalah :

Angket Kepuasan pasien sangat banyak dipengaruhi oleh harapan pelanggan dan keadaan real yang ada di RSUP Fatmawati. Satuan kerja yang bertanggung jawab terhadap kepuasan pasien ini, mempunyai jadwal dan menerapkan sistem pelaksanaan survey dan pembagian kuesioner kepada pelanggan. Pembagian kuesioner disesuaikan dengan waktu pelanggan dapat mengisi dengan baik tentang kuesioner yang diberikan sehingga mendapatkan hasil yang diharapkan. Dengan tujuan pelaksanaan survey akan berjalan dengan baik apabila pelanggan yang mengisi. Staf lebih punya waktu yang lebih maksimal dan selalu memberikan feedback kepada satker sehingga semua pasien mendapatkan pelayanan prima selama di lingkungan RSUP Fatmawati.

2) Persentase kepuasan staf

Sasaran dari indikator ini adalah tercapainya kepuasan seluruh staf Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 2 : Capaian Persentase kepuasan staf

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--------------------------|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase kepuasan staf | 78% | 77.19% (98.96%) | 82% | 78.99% (96.33%) | 83% | 84% | 85% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 96.33%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 2.33%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 92.93%.

Perbandingan target untuk jangka menengah tahun 2019, walaupun hasil pencapaiannya diprediksi turun, tetapi masih relevan dengan kondisi saat ini; dalam monitoring dan evaluasi selama ini, tingkat kepuasan pasien, tingkat kepuasan staf, peserta didik, kinerja ini akan menjadi indeks kepuasan pelanggan dengan pendekatan peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal, karena tujuan pengelolaan pelayanan RSUP Fatmawati adalah kepuasan dari pelanggan kita sendiri.

b. Permasalahan :

Hal ini disebabkan adanya pandangan terhadap remunerasi yg belum maksimal dilapangan sehingga menyebabkan tingkat kepuasan staf masih dibawah target, pandangan terhadap sistem penilaian kinerja dan reward tingkat belum maksimal dan masih adanya pandangan terhadap jenjang karier tingkat yang belum baik. Dari angka pemantauan tersebut walaupun secara target naik, dibagian tersebut diatas masih harus dilakukan perbaikan.

c. Usul pemecahan masalah:

1. Perlunya dilakukan evaluasi dan revisi grading pemberian remunerasi pegawai RSUP Fatmawati.
2. Hasil penilaian kinerja dijadikan sebagai dasar dalam pemberian remunerasi kepada pegawai RSUP Fatmawati.
3. Pola pengembangan karier pegawai dilakukan secara lebih objektif, adil dan transparan.

3) Persentase kepuasan peserta didik

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 3 : Capaian Persentase kepuasan peserta didik

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|-----------------------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase kepuasan peserta didik | 84% | 93.11% (110.85%) | 85% | 92.30% (108.59%) | 82% | 84% | 85% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 108.59%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 0.87%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 108.59%.

Perbandingan target untuk jangka menengah tahun 2019, yang masih relevan dengan kondisi saat ini; dalam monitoring dan evaluasi selama ini, tingkat kepuasan pasien, kepuasan staf, peserta didik, kinerja ini akan menjadi indeks kepuasan pelanggan dengan pendekatan peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal, karena tujuan pengelolaan pelayanan RSUP Fatmawati adalah kepuasan dari pelanggan kita sendiri.

b. Permasalahan

Walaupun realisasi telah melampaui target, namun masih terdapat beberapa permasalahan yang muncul seperti :

1. Keterbatasan waktu yang dimiliki oleh pembimbing dalam kegiatan pendidikan karena tingginya beban pelayanan pasien. Hal ini berdampak pada lemahnya supervisi/pengawasan peserta didik.
2. Masih kurangnya ketersediaan sarana prasarana penunjang pendidikan dan penelitian misalnya ketersediaan LCD, bangku kuliah, buku-buku referensi di perpustakaan dll.

c. Upaya pemecahan masalah :

Melakukan ikatan kerjasama dengan institusi di luar RS dalam hal pemenuhan referensi jurnal melalui perpustakaan digital dan mengajukan usulan penyediaan sarpras penunjang baik ke RS maupun institusi pendidikan.

4) Tingkat Kesehatan BLU

Penilaian Kinerja adalah indikator kinerja yang dapat digunakan untuk menilai suatu proses kegiatan baik kinerja pelayanan dan keuangan secara terus menerus. RSUP Fatmawati sebagai Badan Layanan Umum harus mampu mengevaluasi kinerja yang menggambarkan kemajuan dan kemunduran pada suatu periode tertentu.

Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor : Per 34/PB/2014 pada tanggal 28 Oktober 2014 Tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan. Peraturan tersebut Tata Cara Perhitungan Kinerja BLU terdiri dari aspek :

- Aspek Keuangan dengan skor paling tinggi 30, yang terdiri dari :
 - Subaspek Rasio Keuangan dengan skor paling tinggi 19; dan
 - Subaspek Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU dengan skor paling tinggi 11
- Aspek Pelayanan dengan skor paling tinggi 70, yang terdiri dari :
 - Sub aspek Layanan dengan skor paling tinggi 35; dan
 - Sub aspek Mutu dan Manfaat kepada masyarakat dengan skor paling tinggi 35

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 4 : Realisasi pencapaian kinerja tahun 2016 (unaudited)

| No. | Indikator Kinerja | Parameter | Pencapaian |
|-----|--|------------|--------------|
| 1. | Indikator Kinerja Keuangan | 30 | 18,50 |
| 2 | Indikator Kinerja Layanan | 35 | 25,00 |
| 3 | Indikator Kinerja Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat | 35 | 30,15 |
| | Total | 100 | 73,65 |

Tingkat Kesehatan RS Fatmawati tahun 2016 dengan nilai 73,65 masuk dalam golongan A (Baik).

Tabel 5 : Capaian Tingkat Kesehatan BLU

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|-----------------------|---------|-------------------|---------|-------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Tingkat Kesehatan BLU | 82 | 80.40 (98.05%) | 82 | 73.65 (89.82%) | 83 | 84 | 85 |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 89.82%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 8.40%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 86.65%.

Tingkat kesehatan BLU, bila dibandingkan dengan target menengah yang ada di Renstra sudah tidak relevan dengan kondisi dalam era JKN, dimana JKN penghitungan lebih kearah cost efektivitas bukan kearah produktivitas, karena akan adanya keadaan dimana sistim rujukan berjalan, dalam pembahasan review Renstra masih menjadi diskusi.

Penilaian kinerja Rumah Sakit harus dihitung dengan menggunakan Aspek Keuangan dan Aspek Pelayanan sesuai dengan peraturan tersebut diatas. Perhitungan kinerja tidak bisa dihitung secara terpisah karena satu sama lain saling keterkaitan (paket),

walaupun kondisi eksistingnya sebagai Rumah Sakit Pemerintah lebih ke fungsi sosial, tetapi secara BLU tetap dituntut kemandiriannya.

Waktu penilaian indikator kesehatan BLU yang termuat di Laporan Akuntabilitas Kinerja 2016 karena batas pengirimannya lebih cepat dibandingkan dengan laporan indikator Kesehatan BLU yang telah direview oleh Badan Akuntan Publik, sehingga nilai yang dipakai unaudited.

b. Permasalahan :

Dari ketiga indikator tersebut diatas yang masih mempunyai nilai lebih kecil dibandingkan yang lainnya adalah indikator keuangan, tetapi indikator keuangan merupakan dampak dari rujukan berjenjang dan paket ina CBGS. Jadi perhitungan bukan berdasarkan aktifitas kegiatan.

Sedangkan untuk indikator kinerja layanan yg masih kurang adalah Angka Pembatalan Operasi disebabkan :

- Kasus bedah yang kompleks (kasus berat dan perlu penanganan multidisiplin) menyebabkan adanya perpanjangan waktu operasi dan LOS panjang sehingga pasien harus diperbaiki keadaan umumnya lebih dulu
- Belum optimalnya Dokter pemegang pisau memberikan jadwal operasinya terkait ruang rawat inap yang masih dalam proses pembangunan, sehingga utilisasi kamar operasi menyesuaikan dengan volume pasien.

c. Usul Pemecahan Masalah :

Sebagai Rumah Sakit Pemerintah dengan fungsi sosial dan status RS BLU terkadang prosedur kerja mempunyai kendala-kendala yang berlawanan terutama dalam aspek penilaian keuangan, sehingga kontrol biaya harus diperhatikan agar status BLU tetap diberikan, yang paling bisa untuk dilakukan internal rumah sakit melakukan kendali mutu dan biaya.

Sedangkan dari sisi pelayanan perlu meningkatkan kualitas pelayanan dengan berbasis kendali INA CBG's dengan memperpendek LOS. Dan ada beberapa penilaian dari aspek BLU terutama pertumbuhan yang kurang sesuai dengan kondisi kebijakan BPJS.

2. Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen

Indikator Kinerja :

1) Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 6 : Capaian Indikator Tingkat Keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin di RSUP Fatmawati Tahun 2015

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 | |
|---|---------|--------------|---------|------------------------|------------------|---------|---------|-----|
| | T | R | T | R | | T | T | T |
| | | | | KASUS | % | | | |
| Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin | 10% | 15.4% (154%) | 15% | 14 kasus dari 30 kasus | 46.67% (311.13%) | 25% | 35% | 50% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 311.13%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 203.05%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 93.34%.

Tingkat keberhasilan penanganan kasus multidisiplin, pada pengukurannya dilapangan jumlah penanganan kasus multidisiplin merupakan kegiatan yang sudah rutin, sehingga sudah tidak sesuai dengan kondisi yang dulu, dimana penanganan kasus sulit adalah sesuatu yang langka.

b. Permasalahan : -

c. Upaya pemecahan masalah : -

2) Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF)

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 7 : Capaian Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF)

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--|---------|--------------------|---------|-------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase jumlah modul per program studi yg secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) | 20% | 33.3% (166.50%) | 40% | 33.3% (83.25%) | 60% | 80% | 100% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 83.25%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian tidak ada kenaikan maupun penurunan.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 33.30%.

Persentase jumlah modul perprogram study yang dilaksanakan di RSUP Fatmawati, bila dibandingkan dengan target jangka menengah yang ada dalam RENSTRA (2019) indikator ini banyak dipengaruhi oleh Universitas Indonesia, yang tidak semuanya dapat dipengaruhi oleh RSUP Fatmawati, karena jejaring untuk rumah sakit pendidikan tergantung dari Universitasnya sendiri, sehingga sudah tidak relevan lagi.

b. Permasalahan :

Kesepakatan pelaksanaan seluruh modul program studi Kebidanan dan Orthopedi untuk secara penuh dilaksanakan di RSUP Fatmawati. Untuk memenuhi indikator ini diperlukan perubahan sistem Program Pendidikan Dokter Spesialis terkait.

c. Usul Pemecahan Masalah :

1. Mencari peluang pengembangan rumah sakit dalam bidang pendidikan dan pelatihan agar dapat memanfaatkan modalitas yang ada di RSUP Fatmawati.
2. Berdasarkan perubahan visi dalam RSB Fatmawati kedepannya : **Menjadi Rumah Sakit Rujukan Nasional dengan layanan unggulan spine dan trauma tahun 2019**, maka diusulkan mengganti indikator menjadi : **Peningkatan jumlah program**

pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya dalam pemenuhan untuk menjadi rujukan spine dan trauma.

3) Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional / Internasional

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 8 : Capaian Jumlah penelitian yg terpublikasi secara Nasional/Internasional

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|---|---------|-------------|---------|-------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional / Internasional | 3 | 3 (100%) | 5 | 6 (120%) | 6 | 7 | 8 |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 120%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 100%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 75%.

Indikator kinerja penelitian yang terpublikasi secara Nasional / Internasional untuk target jangka menengah (2019) masih cukup relevan, karena sebagai Rumah Sakit Pendidikan, dengan unggulan Rujukan Spine Center dan Trauma, banyak kasus yang dapat diteliti juga adanya Undang undang Dokter pendidik Klinis diharapkan akan banyak bermunculan penelitian-penelitian baik dari SDM Internal maupun para Dosen yang mendidik PPDS yang belajar di RSUP Fatmawati.

b. Permasalahan :

1. Mendorong minat SDM RSUP Fatmawati melakukan penelitian
2. Belum tersosialisasi dengan baik tentang fasilitas yang dapat diberikan oleh RSUP Fatmawati
3. Dalam mengajukan publikasi penelitian ke jurnal nasional dan internasional memerlukan proses yang panjang

c. Upaya pemecahan masalah :

1. Koordinasi dengan Komite Penelitian dan Pengembangan untuk menyusun peta penelitian
2. Membuat edaran kepada seluruh satuan kerja untuk pengusulan penelitian th 2017

3. Memberikan penghargaan kepada peneliti internal melalui remunerasi dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti
4. Melakukan sosialisasi tentang fasilitas yang dapat diberikan pada penelitian internal mulai proses perencanaan, proposal, pelaksanaan, pelaporan dan publikasi penelitian.

3. Tercapainya sustainability akreditasi Rumah Sakit

Indikator Kinerja :

1) Capaian Akreditasi Rumah Sakit

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 9 : Capaian Indikator RS Terakreditasi Tahun 2016

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|-----------------------|---------|-----------|---------|----------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Capaian Akreditasi RS | KARS | KARS 100% | JCI | JCI 100% | KARS | KARS | JCI |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, pada tahun 2016 telah tersertifikasi JCI
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, sebagai berikut :
 - Tahun 2016 telah tersertifikasi JCI
 - Tahun 2015 telah tersertifikasi KARS
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, diharapkan pada tahun 2019 dapat tersertifikasi JCI seperti realisasi ditahun 2016.

Pencapaian akreditasi RSUP Fatmawati tetap melakukan pemantauan sesuai dengan akreditasi yang telah ditetapkan, sehingga proses serta tingkat keberhasilannya lebih kearah keselamatan pasien dan kepuasan pasien, bukan hanya mengejar akreditasinya saja.

b. Permasalahan : -

c. Upaya pemecahan masalah : -

4. Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu

Indikator Kinerja :

1) Persentase pengembangan cluster layanan terpadu

a. Kondisi yang dicapai :

Walaupun capaian tahun 2016 telah tercapai namun pengembangan cluster layanan Spine dan endometriosis masih tetap harus dipertahankan konsistensinya, karena selain sebagai layanan unggulan rumah sakit sebagai RSUP Fatmawati adalah RS yang fokus dengan cluster layanan ini, dimana kasus terbanyak di RSUP Fatmawati merupakan kasus multidisiplin yang kompleks dan terpadu.

Tabel 10 : Capaian Persentase pengembangan cluster layanan terpadu

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|---|---------|------------|---------|---------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase pengembangan cluster layanan terpadu | 20% | 20% (100%) | 40% | 45% (112.50%) | 60% | 80% | 100% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 112.50%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 125%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 45%.

Persentase pengembangan cluster layanan terpadu, bila dibandingkan dengan target jangka menengah yang ada dalam RENSTRA, banyak yang sudah tidak relevan dengan target tersebut, kedepannya RSUP Fatmawati akan lebih fokus pada unggulan Spine Centre dan Trauma.

b. Kondisi yang dihadapi :

Perlu adanya percepatan dalam proses teknis seperti pembentukan formulir Assesment terpadu yang saat ini sedang dalam proses, serta kelengkapan pengisian clinical pathway yang masih belum optimal. Untuk KSO alat dan sektor peningkatan pendidikan masih dalam pertimbangan pihak manajemen terkait kebutuhan dana yang cukup besar.

c. Upaya pemecahan masalah :

Perlu dianggarkan dana khusus untuk pemenuhan penunjang medik dari ke 2 program tersebut, karena dari sumber daya manusia yang saat ini ada yaitu para dokter telah berpartisipasi dalam pengembangan ilmu ke luar negeri dalam rangka sosialisasi penelitian dan mengikuti perkembangan ilmu.

5. Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS)

Indikator Kinerja :

1) Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik

a. Kondisi yang dicapai :

Capaian dari program Supervisi telah tercapai, namun dari faktor lokasi pemantauan belum optimal.

Tabel 11 : Capaian Persentase supervise DPJP terhadap peserta didik

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase supervise DPJP terhadap peserta didik | 60% | 87.44% (145.7%) | 70% | 87.58 (125.11%) | 80% | 90% | 100% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 125.11%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 0.16%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 87.58%.

Sedangkan untuk Indikator Persentase DPJP terhadap peserta didik, masih relevan terhadap target jangka menengah (2019), tapi pada tahun 2019 akan lebih ditekankan pada level kompetensi apakah peserta didik mampu melaksanakannya.

b. Kondisi yang dihadapi :

Dari data PPDS sebagai tamu yang belajar masih belum selalu dapat di dokumentasikan dengan baik oleh petugas yang memantau karena keterbatasan

SDM yang ada. Adanya penugasan shift PPDS menyebabkan adanya ketidaksesuaian dengan jadwal yang ada.

c. Upaya pemecahan masalah :

Perlu perbaikan system pemantauan dan mulai diperluas ke area Instalasi rawat inap serta rawat jalan dengan memberikan penugasan petugas khusus. Akan dapat dipermudah apabila system IT dapat di aplikasikan untuk program supervise ini.

2) Persentase AFI (*Action for Improvement*) terkait integrasi yang ditindaklanjuti

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 12 : Capaian Persentase AFI terkait integrasi yang ditindaklanjuti

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|---|---------|----------------|---------|-------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase AFI terkait integrasi yang ditindaklanjuti | 75% | 100% (133.33%) | 100% | 100% (100%) | 100% | 100% | 100% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 100%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian tidak ada kenaikan maupun penurunan.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 100%.

Persentase Afi terkait integrasi bila dibandingkan dengan target jangka menengah yang ada dalam RENSTRA, masih relevan, karena menjadi bagian dari upaya untuk proses berkelanjutan dari perbaikan strategik .

b. Permasalahan : -

c. Upaya pemecahan masalah : -

3) Jumlah riset translasional yang didokumentasikan

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 13 : Capaian Jumlah riset translasional yang didokumentasikan

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|---|---------|-------------|---------|-------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Jumlah riset translasional yang di dokumentasikan | 2 | 2 (100%) | 3 | 3 (100%) | 4 | 4 | 4 |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 100%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 50%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 75%.

Sedangkan jumlah riset translasional, yang teregister adalah menjadi bagian dari penelitian sehingga kondisi indikator ini sudah tidak relevan, yang lebih ditekannya adalah minat dari SDM yang meneliti.

b. Permasalahan :

1. Masih kurangnya kemampuan dan modalitas RS dalam melaksanakan penelitian dasar
2. Belum terencananya riset translasional yang selanjutnya dapat didokumentasikan oleh Komite Penelitian dan Pengembangan
3. Belum difasilitasinya dokumentasi berupa register di Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan

c. Upaya pemecahan masalah : -

1. Koordinasi dengan Komite Penelitian dan Pengembangan tentang riset translasional di dokumentasikan
2. Melakukan registrasi riset translasional
3. Berdasarkan masih kurangnya kemampuan dan sumber daya untuk melaksanakan penelitian dasar, sehingga sulit untuk melakukan translasional maka diusulkan perubahan indikator **Jumlah riset translasional yang di dokumentasikan** menjadi : **Jumlah penelitian yang di dokumentasikan**.

6. Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan

Indikator Kinerja :

1) Persentase rujukan tepat

a. Kondisi yang dicapai :

Capaian dari program rujukan pasien dengan severity level ini belum mencapai target terkait dengan system rujukan kasus penyakit yang belum sesuai dari fasilitas pelayanan kesehatan perujuk karena alasan yang seharusnya dapat diatasi/diminimalisir oleh Instansi Perujuk

Tabel 14 : Capaian Persentase rujukan tepat

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--------------------------|---------|--------------------|---------|--------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase rujukan tepat | 50% | 46.05% (92.10%) | 50% | 41.23% (82.46%) | 70% | 80% | 90% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 82.46%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 10.47%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 45.81%.

Persentase rujukan tepat, banyak dipengaruhi oleh pelanggan rumah sakitnya sendiri, sebagai rumah sakit rujukan harusnya yang datang adalah severity level 3, tetapi banyak yang belum bisa dijalankan terkait posisi strategik rumah sakit di Jakarta Selatan, sehingga kita tidak menolak pasien dengan severity level satu, jadi indikator kinerja ini sudah tidak relevan karena dipengaruhi oleh faktor luar.

b. Permasalahan :

Masih adanya ketidaklengkapan obat dan ketidakmampuan petugas medik dari fasilitas kesehatan kelas dibawah RSUP Fatmawati yang merujuk menyebabkan pasien dirujuk, sehingga masih banyak kasus yang tidak semestinya (tidak sesuai severity level) tetapi tetap di rujuk.

c. Usul Pemecahan Masalah :

Perlu perbaikan system rujukan dengan memperbaiki system sesuai severity level dan pemenuhan kebutuhan fasilitas dari fasyankes perujuk, serta perlu memperbaiki

system komunikasi berjenjang dengan lebih dahulu melakukan konfirmasi sehingga pasien dapat dipersiapkan sebelum pasien dirujuk.

2) Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring

a. Kondisi yang dicapai :

Capaian dari program pembinaan jejaring telah tercapai, namun sistem komunikasi harus tetap dipertahankan.

Tabel 15 : Capaian Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|---|---------|-------------|---------|-------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring | 4 | 4 (100%) | 4 | 5 (125%) | 4 | 4 | 4 |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 125%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 25%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 125%.

Jumlah program pengampuan pembinaan jejaring, kondisi yang ada di RSUP Fatmawati adalah kegiatan yang sudah rutin dijalankan sebagai RS rujukan, bila dibandingkan dengan target jangka menengah yang ada dalam Renstra kemungkinan akan mencapai melebihi target karena sudah menjadi bagian yang dari kegiatan RSUP Fatmawati sebagai RS pembina jejaring bagi pelayanan kesehatannya.

b. Permasalahan :

Dari rapat koordinasi yang diadakan tidak semua yang diundang dapat menghadiri, sehingga permasalahan tidak dapat langsung diselesaikan untuk di tindaklanjuti.

c. Upaya pemecahan masalah :

Perlu perbaikan system komunikasi dan system perujukan yang lebih diperbaiki dengan system IT.

7. Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian

Indikator Kinerja :

1) Jumlah KSO pengadaan peralatan

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 16 : Capaian Jumlah KSO pengadaan peralatan

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--------------------------------|---------|-----------|---------|---|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Jumlah KSO pengadaan peralatan | 1 | 1 100% | 2 | 0 | 2 | 3 | 3 |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka di tahun 2016 tidak tercapai.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 100%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, sehubungan di tahun 2016 tidak ada realisasi maka tidak ada capaiannya.

Untuk Indikator Kinerja Jumlah KSO Pengadaan Peralatan dalam pembahasan dirasakan untuk target jangka menengah (2019) bukan hanya itu yang harus dinilai melainkan tercapainya Supply Chain Management System sehingga agar continuum of care terus berlangsung yang juga harus diperhatikan adalah tindak lanjut evaluasi kerjasama layanan kontrak.

b. Permasalahan :

Dalam KSO alat medik bidang fasilitas medik hanya sebagai pengusul rencana, dan dalam pelaksanaan proses KSO Unit Layanan Pengadaan yang memproses kompetisi vendor dan eksekusi oleh bagian umum. Sesuai SPO bahwa KSO alat medik merupakan kewenangan fasilitas medik sebagai pengusul rencana, tetapi pada kenyataannya ada beberapa unit kerja yang mengusulkan KSO .

c. Usul Pemecahan Masalah :

Untuk meningkatkan pelayanan dirumah sakit, Bidang Fasilitas Medik & Keperawatan khususnya dalam melakukan KSO alat medik kesehatan dilakukan :

1. Melakukan Benchmark dan pengkajian untuk alat medik kesehatan yang akan diusulkan KSO.

2. Mempercepat proses TOR KSO dari satuan kerja terkait sampai ke Bidang Fasilitas Mesik & Keperawatan.
3. Berkoordinasi dengan Bagian Akuntansi dan Vendor untuk mempercepat proses bisnis.
4. Memilih dan menetapkan alat medik kesehatan untuk KSO berbasis Health Technology Assesment (HTA).

2) Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat

a. Kondisi yang dicapai :

Indikator ini telah tercapai sebanyak 20 orang dari target 10 orang. Kondisi ini mengasumsikan bahwa minat untuk mengikuti program sub spesialis, S3 dan spesialis perawat cukup banyak.

Tabel 17 : Capaian Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--|---------|--------------|---------|--------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat | 10 | 22 (220%) | 10 | 20 (200%) | 10 | 10 | 10 |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 200%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 9.09%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 200%.

Jumlah staf yang mengikuti program sub spesialisasi, S3 dan spesialisasi perawat, dalam kategori indikator ini yang diukur adalah SDM yang akan dan sedang dalam proses S3, apabila dibandingkan dengan target jangka menengah dalam RENSTRA masih cukup relevan tetapi akan kedepannya difokuskan peningkatan program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya, agar bisa SDM RSUP Fatmawati lebih kompeten sehingga bagian diklat dari RSUP Fatmawati bisa menyelenggarakan program pendidikan sesuai kebutuhan pengembangan pelayanan.

b. Permasalahan :

Belum adanya peta kebutuhan pengembangan (Diklat) yang dibuat secara menyeluruh untuk seluruh pegawai RSUP Fatmawati serta prioritasnya.

c. Upaya Pemecahan Masalah :

Perlunya dibuat pemetaan kebutuhan pengembangan staf, terutama yang akan mengikuti Program Sub Spesialis, S3, maupun Spesialis Perawat.

3) Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 18 : Capaian Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2016 | TH 2016 | TH 2016 |
|--|---------|-------------|---------|-------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan | 2 | 2 (100%) | 2 | 2 (100%) | 3 | 4 | 4 |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 100%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian tidak ada kenaikan maupun penurunan.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 50%.

Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan banyak tergantung kerjasama dengan pihak luar, sehingga apabila dibandingkan dengan target jangka menengah dalam RENSTRA sudah tidak relevan lagi, karena tidak bisa dikendalikan oleh kita sendiri.

b. Permasalahan :

Terdapat pergantian riset yang dilaporkan

- Dari 2 riset kemitraan pada semester 1 dan telah dilaporkan, 1 riset dibatalkan karena alasan teknis
- Pada semester II dapat dilaksanakan 1 riset kemitraan sehingga total jumlah riset kemitraan tahun 2016 adalah 2 (tercapai 100%)

c. Upaya Pemecahan Masalah :

1. Memperkuat monitoring penelitian dengan cara mengadakan rapat koordinasi dengan Komite Penelitian dan Pengembangan untuk mempertajam tugas pokok

dan fungsi Bagian Pendidikan dan Penelitian dengan Komite Penelitian dan Pengembangan

2. Membuat perencanaan penelitian dengan target waktu pencapaian
3. Perbaiki mekanisme pemantauan kegiatan riset oleh Komite Penelitian dan Pengembangan RSUP Fatmawati

8. Terwujudnya sistem jaminan mutu

Indikator Kinerja :

1) Persentase SIP (Strategis Improvement Plan) yang ditindaklanjuti

a. Kondisi yang dicapai :

Indikator Strategis Improvement Plan (SIP) temuan KARS yang dilaksanakan pada Bulan Desember 2015, yang ditindak lanjuti semester I tahun 2016 mencapai angka sebesar 40%, setelah dilakukan beberapa kali pertemuan maka hasil realisasi SIP yang ditindak lanjuti, hingga Desember 2016 meningkat mencapai angka sebesar 89,14%, sedangkan yang belum ditindak lanjuti sebanyak 10,86 %, angka tersebut diatas masih tetap belum dapat memenuhi target SIP yang ditindak lanjuti tahun 2016, sebesar angka 100%.

Tabel 19 : Capaian Persentase SIP yang ditindaklanjuti

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--|---------|------------------|---------|--------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase SIP (Strategis Improvement Plan) yang ditindaklanjuti | 75% | 76% (101.33%) | 100% | 89.14% (89.14%) | 100% | 100% | 100% |

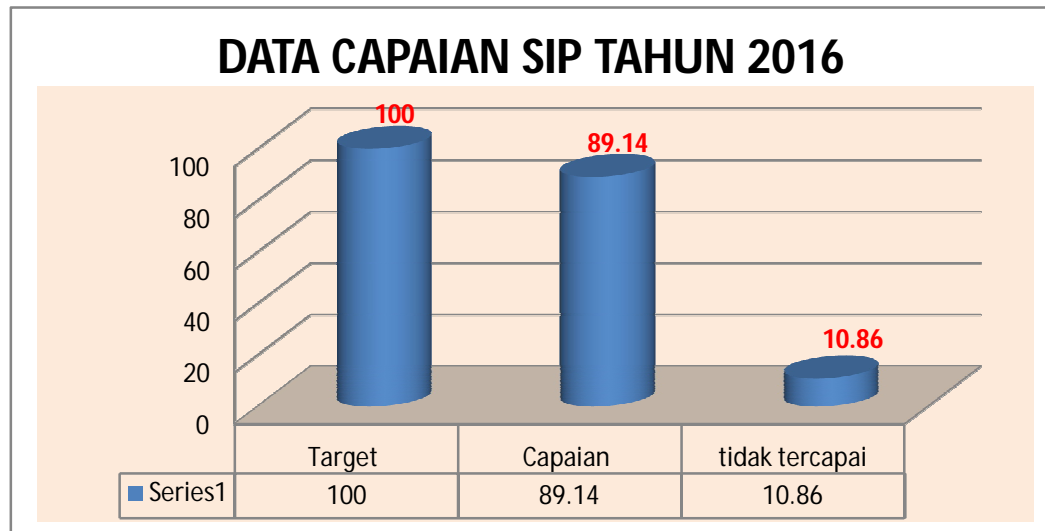
1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 89.14%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaiannya meningkat 17.29%
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya sebesar 89.14%.

Persentase SIP yang ditindaklanjuti bila dibandingkan dengan target jangka menengah yang ada dalam RENSTRA, masih relevan karena menjadi bagian dari upaya untuk mempertahankan akreditasi.

Tabel 20 : HASIL STRATEGIS IMPROVEMENT PLAN (SIP) MASING-MASING POKJA

| NO | STANDART AKREDITASI | TEMUAN | HASIL TINDAK LANJUT | | | |
|---------------|---|------------|---------------------|--------------|-----------|--------------|
| | | | Selesai | % | Proses | % |
| 1 | AKSES PELAYANAN DAN KONTINUITAS PELAYANAN (APK) | 16 | 10 | 62,5 | 6 | 37,5 |
| 2 | ASESMEN PASIEN (AP) | 17 | 15 | 88,2 | 2 | 11,76 |
| 3 | PELAYANAN PASIEN (PP) | 15 | 10 | 66,7 | 5 | 33,33 |
| 4 | PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) | 9 | 9 | 100 | 0 | 0 |
| 5 | KUALIFIKASI DAN PENDIDIKAN STAF (KPS) | 23 | 19 | 82,6 | 4 | 17,39 |
| 6 | PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) | 11 | 11 | 100 | 0 | 0 |
| 7 | PELAYANAN ANASTESI DAN BEDAH (PAB) | 4 | 4 | 100 | 0 | 0 |
| 8 | MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN INFORMASI (MKI) | 11 | 10 | 90,9 | 1 | 9,09 |
| 9 | SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP) | 5 | 5 | 100 | 0 | 0 |
| 10 | MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK) | 11 | 11 | 100 | 0 | 0 |
| 11 | MANAJEMEN DAN PENGGUNAAN OBAT-OBATAN (MPO) | 14 | 14 | 100 | 0 | 0 |
| 12 | TATA KELOLA KEPIMPINAN (TKP) | 13 | 12 | 92,3 | 1 | 7,69 |
| 13 | HAK PASIEN & KELUARGA (HPK) | 13 | 13 | 100 | 0 | 0 |
| 14 | MILENIUM DEVELOPMENT GOALS (MDG's) | 11 | 10 | 90,9 | 1 | 9,09 |
| 15 | PENDIDIKAN PASIEN & KELUARGA (PPK) | 9 | 9 | 100 | 0 | 0 |
| JUMLAH | | 175 | 156 | 89,14 | 19 | 10,86 |

Grafik. 1.
Hasil Perbandingan Target Dengan Capaian SIP Tahun 2016



b. Permasalahan :

1. Standart AP

1.11.2 Implementasi rencana pemulangan pasien kritis belum konsisten dilaksanakan.

1.1.1 Belum konsisten pelaksanaan penyusunan prioritas kebutuhan pasien.

2. Standar MKI

13.3. Belum ada standart definisi yang digunakan di Rumah Sakit.

3. Standar TKP

5.2.4. Belum dibuat rencana pengadaan staf dengan pelayanan dengan kebutuhan khusus.

4. Standar PP

2. Pencatatan Asuhan Keperawatan di Rekam medis belum dilaksanakan secara konsisten.

2.1.

- Pencatatan kemajuan berdasarkan assement ulang belum lengkap
- Recana Askep belum konsisten

7.1. Belum berjalannya Tim paliatif secara maximal

5. Standar APK

1.1.2. Belum adanya spesifikasi terhadap pasien masuk rawat inap didalam formulir rekam medis.

1.1.3.

- Belum adanya SPO tentang penundaan pelayanan secara spesifik serta alternatifnya.
- Belum dilakukan revisi SPO terhadap kerangka yang mengatur waktu penundaan pelayanan.

1.3.

- Belum adanya Kebijakan tentang Resume terkini pasien Rawat Jalan.
- Belum adanya Kebijakan tentang Daftar Resume di Rekam Medis

5.1.

- Belum adanya kelengkapan formulir rekam medis terhadap pasien
- Rawat Jalan yang baru dilakukan tindakan medis.

6. Standar KPS

1.2. Belum dilakukan evaluasi terhadap staf non Klinis yang baru menjalankan tugas.

6.1.1. Belum dilaksanakannya monitoring secara terus menerus rencana penempatan staf di setiap satuan kerja.

6.1.1. Belum dilaksanakannya update data evaluasi penempatan staf disetiap satuan kerja.

8.4.1. Belum ditambahkan rencana manajemen kesehatan terhadap staf dengan risiko terinfeksi penyakit menular.

c. Usul Pemecahan masalah

1. Seluruh pokja harus melakukan koordinasi secara kontinyu dengan satuan kerja terkait, untuk menyelesaikan revisi dokumen (SK/SPO/panduan/pedoman).
2. Setiap satuan kerja untuk melakukan re edukasi terhadap dokumen (SK/SPO/panduan/ pedoman) yang baru maupun yang direvisi.
3. Seluruh kepala satker harus melakukan pengecekan terhadap penerapan pelaksanaan Kebijakan, SPO, yang ada disatuan kerja masing-masing, serta secara berkala dilakukan evaluasi terhadap implementasi pelaksanaannya.
4. Selalu tetap melakukan monev terhadap hal-hal yang sudah dan belum sesuai standart, agar seluruh kegiatan yang dilakukan selalu mengacu kepada aturan yang telah dibuat maupun standart yang telah ditetapkan.

2) Persentase Capaian Kinerja Medik

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 21 : Capaian Indikator Persentase Capaian Kinerja Medik
RSUP Fatmawati Tahun 2015

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|----------------------------------|---------|------------------|---------|-------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase Capaian Kinerja Medik | 60% | 52.5% (87.5%) | 65% | 57.7% (88.77%) | 70% | 80% | 90% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 88.77%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat 9.90%
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya sebesar 64.11%.

Persentase capaian kinerja medik adalah indikator kinerja yang akan menjadi penilaian dari pemberian remunerasi sehingga kedepannya masih relevan untuk dipantau tapi menjadi bagian dari penilaian capaian kinerja satker.

b. Permasalahan :

Penyebab tidak tercapainya target antara lain karena jumlah KSM tidak melaporkan hasil capaian indikator medik tepat waktu yakni sebelum tanggal 15. Adapun data jumlah KSM yang menyerahkan hasil evaluasi indikator medis adalah sebagai berikut :

| KSM | PENYERAHAN EVALUASI / BULAN | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | Jan | Feb | Mar | Apr | Mei | Jun | Jul | Ags | Sep | Okt | Nov | Des |
| Jantung | v | v | v | v | v | 0 | V | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Saraf | v | v | v | v | v | v | V | v | v | v | v | v |
| Kebidanan | v | v | v | v | v | v | V | v | v | v | v | v |
| Anak | v | v | v | v | v | v | V | 0 | 0 | v | 0 | v |
| P.Dalam | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | v | V | v | v | v | v | v |
| Mata | v | v | v | v | 0 | v | V | v | v | v | v | 0 |
| THT | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | v | v | v | v | v |
| Bedah | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bedah Orthopedi | v | v | v | v | v | v | V | v | v | v | v | v |
| Bedah Saraf | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kulit dan kelamin | v | v | v | v | v | v | V | v | v | v | v | v |
| Jiwa | v | v | 0 | 0 | 0 | v | V | v | v | v | v | v |
| Rehabilitasi | v | v | v | v | v | v | V | v | v | v | v | v |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| medic | | | | | | | | | | | | | |
| Patologi klinik | v | v | v | v | v | v | V | v | v | v | v | v | v |
| Patologi Anatomi | v | v | v | v | v | 0 | V | v | v | v | v | v | v |
| Radiologi | v | v | v | v | v | v | V | v | v | 0 | v | v | v |
| Gizi Klinik | v | v | v | v | 0 | 0 | V | v | v | v | v | v | v |
| Medik Dasar | v | v | v | v | v | v | V | v | v | v | v | v | v |
| Gigi dan mulut | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Paru | v | v | v | v | v | v | V | v | v | v | v | v | v |
| Anestesi | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Keterangan : - Tanda "v" : menyerahkan laporan IKU tepat waktu
- Tanda "0" : tidak menyerahkan laporan

c. Usul Pemecahan Masalah :

1. Membuat teguran secara tertulis dan lisan melalui telepon kepada KSM
2. Secara berkala mengingatkan dan mengedukasi dalam rapat rutin dengan para Ka. KSM, Penanggung Jawab Mutu dan sekretaris KSM.

9. Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS

Indikator Kinerja :

1) Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi

Pelayanan yang berkesinambungan dan berfokus kepada keselamatan pasien merupakan kebijakan RSUP Fatmawati dalam memberikan pelayanan yang berkualitas. Untuk itu perlu dilakukan monitoring evaluasi sebagai upaya perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan (SK Dirut RSUP Fatmawati nomor : HK.03.05/II.1/797/2015).

Morning Report merupakan salah satu metode rapat terintegrasi yang dilakukan di RSUP Fatmawati dengan tujuan agar dapat melakukan komunikasi efektif dalam upaya menjamin proses layanan tetap bermutu.

Dalam kegiatan morning report dilaporkan tentang kondisi yang terjadi didalam maupun diluar jam kerja. Kegiatan tersebut diselenggarakan setiap hari kerja pada pukul 07.30 – 08.30 yang dipimpin oleh Direktorat Medik Keperawatan. Laporan hasil Morning Report yang masuk dalam kategori temuan ketidak sesuaian harus ditindak lanjuti oleh satuan kerja terkait dengan penyusunan perencanaan perbaikan strategis (PPS). Kemudian dilakukan pemantauan proses perbaikannya oleh Satuan Pengawas Internal sebagai verifikator, dan dilaporkan ke Komite Mutu dan Manajemen Risiko (KMMR).

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 22 : Capaian Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|---|---------|-----------------|---------|-----------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor terintegrasi | 100% | 90.62% (90.62%) | 100% | 87.28% (87.28%) | 100% | 100% | 100% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 87.28%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 3.69%
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya sebesar 87.28%.

Persentase tindak lanjut temuan hasil rakor terintegrasi dalam indikator kinerja ini adalah merupakan hal yang rutin dilakukan pada setiap rapat koordinasi, sehingga apabila dibandingkan dengan target menengah yang ada di RENSTRA masih relevan tetapi menjadi kegiatan sehari-hari yang harus dikerjakan.

b. Permasalahan :

1. Komunikasi / koordinasi yang tidak efektif antar petugas jaga.
2. Kepatuhan terhadap sistem yang dibuat belum berjalan baik.
3. Penyediaan alat kesehatan dan obat yang tidak diantisipasi.
4. Sistem IT yang belum lengkap dan terintegrasi dengan baik khususnya tentang Medical Record dan persediaan yang belum akurat
5. Banyaknya peserta didik yang bertugas diluar jam kerja yang tidak termonitor oleh pendidik klinis sebagai PJ pasien
6. Sistem pengawasan diluar jam kerja yang belum optimal oleh Duty Manajer, Duty IGD, Duty Nurse dan Duty Farmasi.
7. Belum adanya laporan jaga yang baik dari petugas jaga pada PJ Mutu / Koordinator Mutu dan pelayanan di setiap KSM khususnya masalah terkait klinis.

c. Usul Pemecahan Masalah :

Penyelesaian masalah telah dilakukan oleh seluruh satuan kerja yang terkait namun memang belum disusun rencana kegiatan atau PPS-nya. Sebagai penanggung jawab

rapat terintegrasi morning report yaitu Bidang pelayanan Medik seharusnya membuat perencanaan langkah-langkah yang terencana sebelumnya sesuai ketentuan yang berlaku.

Penyebab tidak dibuatnya PPS adalah :

- Tidak dipatuhinya SPO tindak lanjut ketidaksesuaian / temuan dengan penyusunan PPS, hal ini terjadi karena tidak terbiasa atau bersifat reaktif.
- Tidak dipahami tujuan penyusunan PPS yaitu dapat diperoleh akar permasalahan, adanya rencana penyelesaian yang komprehensif dan tepat dan ada target waktu penyelesaiannya.

10. Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu

Indikator Kinerja :

1) Persentase capaian kinerja satker

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 23 : Persentase capaian kinerja satker

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|-----------------------------------|---------|-----------|---------|----------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase capaian kinerja satker | 60% | 39% (65%) | 70% | 67.4% (96.29%) | 80% | 90% | 100% |

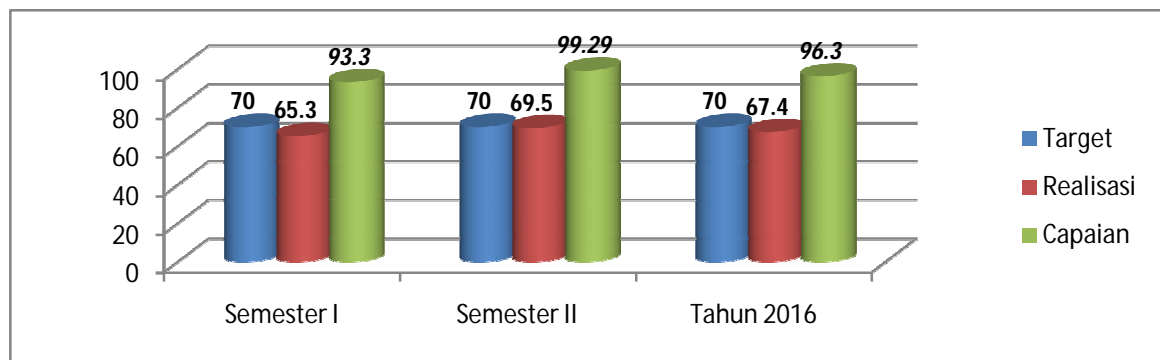
1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 96.29%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 72.82%
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya sebesar 67.40%.

Seperti yang tertera dalam RENSTRA, Persentase capaian kinerja satker adalah kegiatan yang rutin di monitor yang menjadi alat untuk pengukuran kinerja dalam kegiatan tiap bulannya, apabila dibandingkan dengan target jangka menengah yang ada dalam RENSTRA masih relevan, tetapi akan menjadi kegiatan yang rutin.

Jumlah seluruh satker di lingkungan RSUP Fatmawati sebanyak 63 Satker, Laporan Kontrak Kinerja Realisasi Smt. I mencapai 65.3% capaian 93.3%, dan Smt.II mencapai 69,5% capaian 99,2% sehingga TOTAL REALISASI 2016, hanya

mencapai angka 67.4% terdapat selisih 2,6%, belum mencapai target sebesar 70%

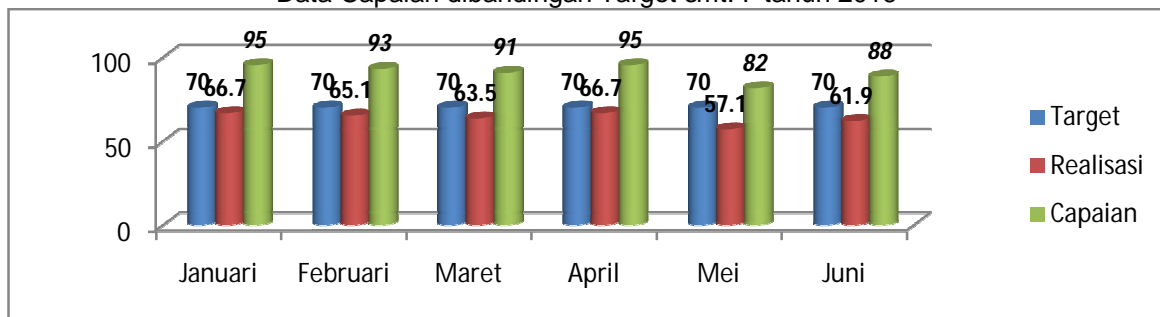
| No. | Uraian | Target | Realisasi % | Capaian % |
|-----|-------------|--------|-------------|-----------|
| 1. | Semester I | 70% | 65.3% | 93.3% |
| 2. | Semester II | 70% | 69.5% | 99.2% |
| | Total | 70% | 67.4% | 96.3% |



Tabel 24
Capaian Kontrak Kinerja dibandingkan dengan Target Semester I Tahun 2016.

| No. | Bulan | Target % | Realisasi % | Capaian % |
|-----|----------|----------|-------------|-----------|
| 1 | Januari | 70% | 66.7% | 93% |
| 2 | Februari | 70% | 65.1% | 93% |
| 3 | Maret | 70% | 63.5% | 91% |
| 4 | April | 70% | 66.7% | 95% |
| 5 | Mei | 70% | 57.1% | 82% |
| 6 | Juni | 70% | 61.9% | 88% |
| | | | 65.3% | 90% |

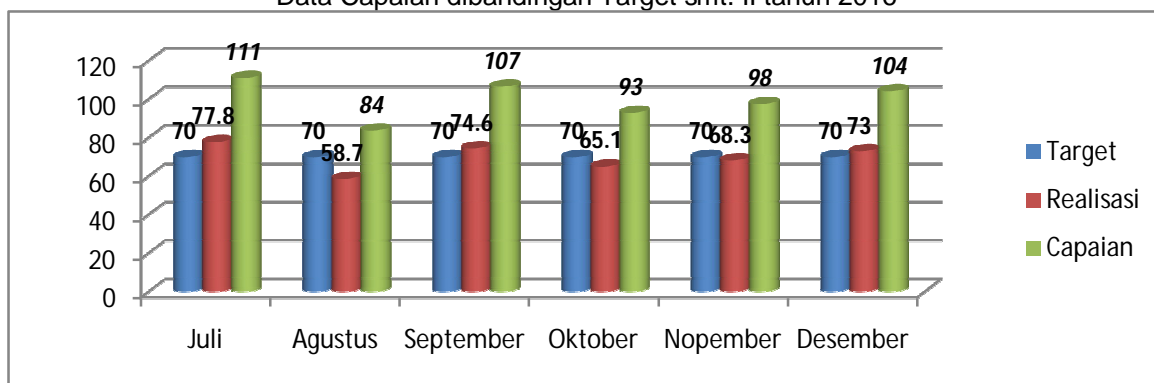
Grafik 1
Data Capaian dibandingkan Target smt. I tahun 2016



Tabel 25
Capaian Kontrak Kinerja dibandingkan dengan Target Semester II Tahun 2016.

| No. | Bulan | Target % | Realisasi % | Capaian % |
|-----|-----------|----------|-------------|-----------|
| 1 | Juli | 70% | 77.8% | 111% |
| 2 | Agustus | 70% | 58.7% | 84% |
| 3 | September | 70% | 74.6% | 107% |
| 4 | Oktober | 70% | 65.1% | 93% |
| 5 | Nopember | 70% | 68.3% | 98% |
| 6 | Desember | 70% | 73% | 104% |
| | | | 69.5% | 99.2% |

Grafik 2
Data Capaian dibandingkan Target smt. II tahun 2016



b. Permasalahan :

1. Beberapa Satuan kerja belum membuat Laporan Kontrak Kinerja secara lengkap dari bulan Januari s/d Desember 2016.
2. KPPI belum melakukan observasi secara keseluruhan disetiap KSM.

3. Laporan Kontrak Kinerja setiap bulannya tidak tepat waktu, sesuai dengan dengan Keputusan Direktur Utama (maximal tgl 5 bulan berikut).
4. % Kepatuhan penerapan Clinical Pathway beberapa satker yang belum memahami cara melaporkannya.
5. Belum semua Satuan kerja membuat PPS (Program Perbaikan Strategi) setiap indikator yang belum mencapai target.

c. Usul Pemecahan Masalah :

1. Membuat teguran terhadap satuan kerja yang tidak membuat laporan Kontrak Kinerja, secara lengkap dan tepat waktu.
2. Satuan kerja yang mendukung laporan Kontrak Kinerja KSM (Inst.Farmasi,IRMPDI,IPKH,KPPI,Bag.Diklit) agar lebih tepat waktu dalam memberikan laporan kepada KSM.
3. KKPI agar melakukan pemantauan ke KSM setiap bulan dengan mempergunakan data yang proporsional.
4. Meningkatkan KSM dalam hal pelaporan tingkat kepatuhan Clinical Pathway.
5. Kontrak Kinerja yang belum mencapai target agar dibuatkan PPS (Program PerbaikanStrategi)/indikator, serta dilakukan evaluasinya setiap bulan.
6. Laporan Kontrak Kinerja dapat dijadikan salah satu Indikator penilaian dalam hal pemberian Remunerasi.

11. Terwujudnya *Good Corporate Governance*

Indikator Kinerja :

1) Indeks Persepsi GCG

a. Kondisi yang dicapai :

Indikator Survey Indeks Persepsi Terhadap Tata Kelola Organisasi (*Corporate Governance Perception Index*) tahun 2016 didapat dari 266 responden dan mendapatkan score melebihi target yang telah ditetapkan yaitu 60%, sementara itu hasil Survei di tahun 2016 adalah 71,49%. Pertanyaan tentang “**Pelaksanaan kegiatan setiap satuan kerja sudah tanggap dan berusaha untuk menerapkan system K3**”, mendapat nilai rata-rata tertinggi sebesar 77,44 sedangkan untuk pertanyaan tentang “**Pelaksanaan kegiatan survey GCG secara berkesinambungan**”, mendapat nilai rata-rata terendah sebesar 66,73

Tabel 26 : Capaian Indeks Persepsi GCG

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|---------------------|---------|---------------------|---------|---------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Indeks Persepsi GCG | 55% | 72.03% (130.96%) | 60% | 71,49% (119.15%) | 70% | 75% | 85% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 119.15%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 0.75%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 84.11%.

b. Permasalahan :

1. Masih adanya responden yang belum mengerti tentang Survey Indeks Persepsi Terhadap Tata Kelola Organisasi, hal ini terlihat dari perolehan nilai rata-rata yang terendah dari seluruh pertanyaan kuesioner, walaupun masih di atas nilai target yang ditetapkan
2. Masih adanya responden yang belum mengerti pertanyaan yang diajukan di dalam kuesioner sehingga banyak pertanyaan yang tidak terisi
3. Pertanyaan kuesioner masih belum berubah dari tahun sebelumnya
4. Pengembalian kuesioner belum 100% dari satuan kerja

c. Upaya Pemecahan Masalah :

1. Perlu adanya sosialisasi tentang Survey Indeks Persepsi Terhadap Tata Kelola Organisasi .
2. Perlu adanya revisi pertanyaan kuesioner sehingga dapat dimengerti oleh responden
3. Perlu monitor lebih lanjut agar pengembalian kuesioner dapat tercapai 100%
4. Pelaksanaan Survey Indeks Persepsi Terhadap Tata Kelola Organisasi agar lebih objektif dan akuntabel disarankan pada tahun yang akan datang sebaiknya dilakukan oleh pihak yang independen.

12. Terwujudnya SDM yang berkompeten

Indikator Kinerja :

1) Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)

a. Kondisi yang dicapai :

Indikator ini telah tercapai sebesar 91% dari target sebesar 80%. Perhitungan tersebut bahwa masih terdapat SDM yang belum mencapai tingkat kompetensi yang ditentukan yaitu sebanyak 236 orang (9%).

Tabel 27 : Capaian Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--|---------|------------------|---------|------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan) | 75% | 86% (114.67%) | 80% | 91% (113.75%) | 90% | 92% | 95% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 113.75%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian meningkat sebesar 5.81%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 95.79%.

Untuk Indikator Kinerja Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar masih relevan dengan target jangka menengah, dalam monitoring dan evaluasi meliputi terhadap SDM yang terstandar, pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar, sehingga pada strategiknya fokus kepada sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien.

b. Permasalahan :

1. Pendidikan SDM yang masih berada dibawah standar kompetensi yang ditetapkan sebanyak 236 orang, dengan masing-masing jabatan yang diduduki berbeda-beda.

2. Belum tersedia alokasi anggaran yang cukup untuk digunakan dalam membiayai penyelenggaraan pendidikan kepada pegawai yang belum mencapai standar kompetensi yang ditentukan.

c. Upaya Pemecahan Masalah :

1. Melakukan kerja sama dengan salah satu institusi pendidikan yang terakreditasi untuk menyelenggarakan pendidikan kelas khusus bagi SDM yang belum mencapai standar pendidikan yang ditentukan.
2. Menyediakan alokasi anggaran yang diperuntukkan untuk memberikan bantuan biaya pendidikan bagi SDM yang mengikuti pendidikan lanjutan dalam rangka mencapai kompetensi yang ditetapkan.

13. Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu

Indikator Kinerja :

1) Tingkat keandalan sarpras

a. Kondisi yang dicapai :

Jumlah alat medik yang besar sangat dipengaruhi oleh faktor pemeliharaan sehingga alat medik terjamin selalu dalam kondisi baik untuk digunakan. Dari 2046 alat yang ada, sekitar 30 alat medik berharga diatas 1 milyar, namun tidak semua alat medik ini milik rumah sakit melainkan ada yang berstatus KSO dan dari 30 alat medik ini hanya satu yang kondisinya rusak ringan yaitu autoclave merk Tuttnauer.

Sesuai dengan rumus capaian kinerja :

Formula :

$$\frac{\text{Jumlah alat medik yang bernilai diatas 1 Milyar dalam kondisi baik dan terkalibrasi}}{\text{Seluruh alat medik yang bernilai diatas 1 Milyar}} \times 100\%$$

Maka didapatkan angka realisasi tingkat keandalan sarpras RSUP Fatmawati :

$$29 : 30 \times 100\% = 96,67\%$$

Dan jika dibandingkan dengan target 72% maka capaian dapat dihitung sebagai berikut :

$$96,67 : 72 \times 100\% = 134,26\%$$

Dari perhitungan diatas maka capaian tingkat keandalan sarpras RSUP Fatmawati adalah 134,26% dan melampaui target.

Tabel 28 : Capaian Tingkat keandalan sarpras

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|---------------------------|---------|----------------------|---------|---------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Tingkat keandalan sarpras | 70% | 102.85% (146.93%) | 72% | 96.67% (134.26%) | 75% | 80% | 85% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 134.26%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 6.01%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 113.73%.

Dalam monitoring dan evaluasi, Indikator tingkat keandalan sarpras menjadi bagian dari terpenuhinya Sumber Daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien, ini juga masih relevan dengan target jangka menengah yang ada dalam RENSTRA (2019).

b. Permasalahan :

Banyak alat yang rusak baik ringan maupun berat belum diperbaiki karena menunggu pembelian spare part oleh bagian IPSRS medik, sedangkan untuk alat yang rusak menunggu penghapusan dan telaah kerusakan yang kemudian diajukan untuk segera dihapuskan oleh Bagian Umum dan segera dibuatkan rencana pergantian.

Selain masalah diatas beberapa satuan kerja dinilai kurang memelihara alat yang ada disatuan kerjanya. Budaya meminta alat baru lebih sering dilakukan daripada memelihara alat seperti layaknya dirumah sendiri.

c. Upaya Pemecahan Masalah :

Dari kendala yang ada Bidang Fasilitas Medik melakukan beberapa hal sebagai berikut :

1. Melakukan koordinasi dengan bagian IPSRS untuk pemeliharaan alat medik
2. Meminta telaah alat rusak berat untuk segera dilakukan penggantian.
3. Melakukan edukasi kepada satuan kerja/penanggungjawab alat dalam pemeliharaan ataupun pelaporan alat rusak.

4. Melakukan visite management keseluruhan satuan kerja untuk monitoring alat medik.
5. Meningkatkan monitoring pemakaian aplikasi Sistem Aset Manajemen Rumah Sakit (SAMRS) oleh satuan kerja.

2) Tingkat integrasi sistem informasi

Definisi operasional tingkat integrasi sistem informasi adalah tingkat integrasi sistem informasi di seluruh unit kerja RSUP Fatmawati. Tingkat Integrasi sistem informasi menggambarkan jumlah modul-modul (*Front Office* dan *Back Office*) yang terintegrasi dalam aplikasi Sistem Informasi Manajemen RS. **Formula yang digunakan adalah jumlah modul yang sudah terintegrasi dibagi total jumlah modul dikali 100%.** Pencapaian dikatakan 100% apabila aplikasi dapat digunakan dengan baik dan laporan yang dihasilkan akurat dan sesuai kebutuhan RS.

a. Kondisi yang dicapai :

Hasil pencapaian pada semester II tahun 2016 sebesar 71.64% terdapat peningkatan sebesar 1.05% dari semester I tahun 2016 dan melebihi dari target tahun 2016 ini sebesar 70%, artinya belum ada perubahan peningkatan integrasi sistem informasi RS secara signifikan karena pada semester II tahun 2016 ini ISIRS sedang dalam proses perubahan bahasa pemrograman PHP/Web pembuatan aplikasi e-MR rawat inap, dengan tetap memperhatikan konsistensi alur bisnis proses yang terintegrasi dan luaran pelaporan data yang valid, handal dan akurat.

Tabel 29 : Capaian Tingkat integrasi sistem informasi

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|------------------------------------|---------|--------------------|---------|---------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Tingkat integrasi sistem informasi | 60% | 67.64% (112.7%) | 70% | 71.64% (102.34%) | 75% | 80% | 85% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2016 sebesar 102.34%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaiannya meningkat 5,91%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya 84.28%.

Sedangkan Indikator kinerja Integrasi Sistem Informasi apabila dibandingkan dengan target jangka menengah (2019), adalah sangat penting untuk terus ditingkatkan dan sesuai dengan era digital dan untuk menjawab kedepannya kinerja transparan dan akuntabel.

b. Permasalahan :

b.1. Eksternal :

1. Permintaan pembuatan aplikasi tidak didukung standar prosedur operasional yang belum jelas atau bahkan tidak ada sama sekali atau minimal terdapat alur bisnis kerja yang jelas. Hal ini mengakibatkan perubahan aplikasi yang berulang-ulang ketika sudah dilakukan implementasi, sehingga memberikan kesan aplikasi dibangun sangat lama/lambat.
2. Dalam waktu pengembangan aplikasi, sering terdapat permintaan pembuatan aplikasi yang sifatnya segera.
3. Dalam pengembangan eksternal seperti bridging dengan aplikasi institusi lain, masih sering terkendala pada kurangnya komunikasi, standarisasi dan sosialisasi teknik pengembangan aplikasi, mengakibatkan pengembangan yang lambat.
4. Kurangnya dukungan satuan kerja dalam menggunakan aplikasi setelah implementasi

b.2. Internal :

1. Belum adanya *system analyst* yang mampu menganalisa suatu pengembangan aplikasi berbasis teknologi informasi.
2. Belum terlatihnya programmer PHP/ Web dalam pembuatan spesifikasi format laporan

c. Upaya Pemecahan Masalah :

1. Pendampingan pembuatan aplikasi RS terintegrasi oleh staf ahli IT selama 4 (empat) bulan di akhir tahun ini.
2. Melakukan koordinasi secara terus menerus dengan satuan kerja terkait agar tercapai *user requirement*.
3. Standarisasi pengkodean pembuatan aplikasi yang harus dipatuhi oleh semua programmer

4. Tes ujicoba kehandalan aplikasi RS yang telah dibuat sebelum diimplementasikan.

14. Tercapainya pertumbuhan pendapatan

Indikator Kinerja :

1) Trend Peningkatan Pendapatan

a. Kondisi yang dicapai :

Untuk target trend pendapatan tahun 2016 ditetapkan sebesar 6% sedangkan realisasi sebesar -3,69% sehingga capaian sebesar -61,4%

Tabel 30 : Capaian Trend Peningkatan Pendapatan

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|------------------------------|---------|-------------------|---------|---------------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| Trend peningkatan pendapatan | 7% | 4.23% (60.43%) | 6% | -3,69% (-61,50%) | 5% | 5% | 6% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka tahun 2016 tidak mencapai target terjadi penurunan sebesar 61.50%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 187.23%.
3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya akan menurun sebesar 61.50%.

Trend peningkatan pendapatan indikator kinerja ini sudah tidak relevan dengan kondisi dalam ERA JKN , menghitung penerimaan paket dengan rujukan yang berjenjang yang semakin lama sistim rujukan semakin baik ada kemungkinan indikator kinerja ini bila dibandingkan dengan kinerja yang lama sudah tidak sesuai.

b. Permasalahan :

1. Persyaratan/kreteria untuk pengajuan klaim BPJS tahun 2016 lebih ketat dan adanya perubahan tarif baru serta update aplikasi di akhir periode yang berdampak pada proses pengajuan dan verifikasi klaim BPJS.
2. Penurunan penerimaan dari pasien- pasien tunai.
3. Realisasi pembayaran klaim BPJS sekitar 60 – 70%

4. Masih terdapat pelayanan tahun 2016 yang belum selesai verifikasi sampai dengan tanggal penyusunan Laporan Keuangan.

c. Usul Pemecahan Masalah :

1. Internal

- Melengkapi Rekam Medik khususnya terkait klaim BPJS sesuai kreteria yang ditetapkan.
- Perawatan pasien sesuai dengan Klinikal Pathway (CKP) Panduan Praktik Klinis (PPK).
- Meningkatkan sistim monitoring dan evaluasi terkait administrasi keuangan pasien rawat inap .
- Melaksanakan rekonsiliasi rutin terhadap klaim yang tidak sama terbanyak

2. Eksternal

- Perbaiki tarif INA CBG's.
- Usul menetapkan kebijakan BPJS lebih berpihak kepada pasien dan rumah sakit.

15. Terwujudnya *cost effectiveness* dalam layanan

Indikator Kinerja :

1) POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional)

a. Kondisi yang dicapai :

Target POBO tahun 2016 adalah sebesar 82,5%, Realisasi POBO di tahun 2016 adalah sebesar 72% sehingga pencapaian sebesar 87,27%.

Tabel 31 : Capaian POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional)

| INDIKATOR KINERJA | TH 2015 | | TH 2016 | | TH 2017 | TH 2018 | TH 2019 |
|--|---------|------------------|---------|-----------------|---------|---------|---------|
| | T | R | T | R | T | T | T |
| POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional) | 80% | 81% (101.25%) | 82.50% | 72% (87,27%) | 75% | 75% | 80% |

1. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian sebesar 87.27%.
2. Realisasi tahun 2016 bila dibandingkan dengan tahun 2015, maka capaian menurun sebesar 11.11%.

3. Realisasi tahun 2016 jika dibandingkan dengan target 2019, maka capaiannya sebesar 90%.

Indikator Kinerja Rasio Pendapatan PNBK terhadap Operasional, masih relevan dengan target tahun 2019, dimana di era JKN, pengukuran efektivitas dan efisiensi sangat berpengaruh terhadap operasional Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

b. Permasalahan :

1. Penerapan sistem remunerasi pegawai tidak sejalan dengan peningkatan penerimaan.
2. Program peningkatan mutu pelayanan tidak berbanding lurus dengan peningkatan penerimaan.
3. Saat ini masih menganut prinsip "Zero Budget" dimana jumlah biaya yang dikeluarkan harus sama dengan jumlah penerimaan dengan saldo awal.
4. Biaya operasional khususnya untuk persediaan barang farmasi masih sangat besar, dimana dalam penetapan perencanaan belum berjalan optimal dan efektif (analisa kebutuhan barang farmasi masih tidak optimal).
5. Pelayanan KSO meningkat dengan pengguna layanan adalah pasien BPJS sedangkan sistem bagi hasilnya berdasarkan tarif RS sehingga biaya yang dibayarkan lebih besar dari pada penerimaan yang dibayar oleh BPJS
6. peningkatan pelayanan belum optimal

c. Usul Pemecahan Masalah :

1. Kendali mutu dan kendali biaya diseluruh sektor.
2. Menyusun perencanaan kebutuhan yang tepat berdasarkan analisa data.
3. Melakukan evaluasi dan perhitungan kembali terhadap proporsi bagi hasil atas pelayanan KSO untuk meminimalisir kerugian.

**PAGU ANGGARAN DIPA PENDAPATAN DAN DIPA RUPIAH MURNI
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
TAHUN 2016**

| KODE MAK | URAIAN | PAGU ANGGARAN | | KENAIKAN | |
|-------------|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------|
| | | SEMULA | MENJADI | Rupiah | % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=(4-3) | 6=(5/3x100) |
| 2094.055 | Dukungan Sarana dan Prasarana Kantor | Rp 7,000,000,000 | Rp 15,700,000,000 | Rp 8,700,000,000 | 124.29 |
| 2094.087 | Gedung dan Bangunan | Rp 100,000,000,000 | Rp 97,800,000,000 | Rp (2,200,000,000) | (2.20) |
| 2094.088 | Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB | Rp 108,576,401,000 | Rp 111,947,302,000 | Rp 3,370,901,000 | 3.10 |
| 2094.090 | Laporan Layanan Operasional RS (PNBP/BLU) | Rp 304,666,462,000 | Rp 401,121,586,000 | Rp 96,455,124,000 | 31.66 |
| 2094.093 | Operasional Kantor, Pemeliharaan Kantor dan Perjalanan Dinas | Rp 101,400,000,000 | Rp 122,741,575,000 | Rp 21,341,575,000 | 21.05 |
| 2094.994 | Layanan Perkantoran | Rp 148,710,359,000 | Rp 148,710,359,000 | Rp - | - |
| | JUMLAH | Rp 770,353,222,000 | Rp 898,020,822,000 | Rp 127,667,600,000 | 16.57 |

Sehubungan dengan pagu anggaran yang berubah, semula Rp. 770.353.222.000,- menjadi Rp. 898.020.822.000,- (16,57%). Kenaikan sebesar 16,57% adanya penggunaan saldo dan ambang batas, hal ini dilakukan antara lain :

1. Banyaknya pengeluaran disebabkan Paket INA CBG's yg untuk kelas 3 belum sesuai unit cost RSUP Fatmawati termasuk untuk obat dan alat kesehatan.
2. RSUP Fatmawati berupaya untuk menjadikan RSUP Fatmawati terakreditasi JCI sesuai dengan kebijakan Kemenkes, dengan upaya memperbaiki sarana dan prasarana yang sesuai agar mutu keselamatan pasien di RSUP Fatmawati terjamin.
3. Kenaikan valuta asing (kurs dollar) yang tidak stabil selama tahun 2016 dimana pembelanjaan di RSUP Fatmawati ada komponen yang dipengaruhi oleh valuta asing (kurs dollar) yaitu obat-obatan dan alat kesehatan, demikian juga belanja lainnya terpengaruh oleh fluktuasi valuta asing (kurs dollar) tetapi tidak sebesar pengaruh belanja obat-obatan dan alat kesehatan.

**PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA
RSUP FATMAWATI TAHUN 2016**

| No | Sasaran Strategi | No | Judul Indikator | Satuan | Target | Realisasi | Capaian (%) |
|-------------------------------------|---|----|--|----------------|--------|-----------|---------------|
| 1 | Terwujudnya kepuasan Stakeholder | 1 | Indeks Kepuasan Pasien | % | 80 | 80.4 | 100.50 |
| | | 2 | Persentase kepuasan Staf | % | 82 | 78.99 | 96.33 |
| | | 3 | Persentase kepuasan Peserta Didik | % | 85 | 92.30 | 108.59 |
| | | 4 | Tingkat kesehatan BLU | % | 82 | 73.65 | 89.82 |
| 2 | Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen | 5 | Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin | % | 15 | 46.67 | 311.13 |
| | | 6 | Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) | % | 40 | 33.3 | 83.25 |
| | | 7 | Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional / Internasional | Judul | 5 | 6 | 120.00 |
| 3 | Tercapainya sustainability akreditasi RS | 8 | Capaian Akreditasi RS | Tersertifikasi | JCI | JCI | 100.00 |
| 4 | Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster terpadu | 9 | Persentase pengembangan cluster layanan terpadu | % | 40 | 45 | 112.50 |
| 5 | Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) | 10 | Persentase supervisi DPJP terhadap Peserta Didik | % | 70 | 87.58 | 125.11 |
| | | 11 | Persentase AFI (Action For Improvement) terkait integrasi yang ditindaklanjuti | % | 100 | 100 | 100.00 |
| | | 12 | Jumlah riset translasional yang didokumentasikan | Judul | 3 | 3 | 100.00 |
| 6 | Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan | 13 | Persentase rujukan tepat | % | 50 | 41.23 | 82.46 |
| | | 14 | Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring | Program | 4 | 5 | 125.00 |
| 7 | Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian | 15 | Jumlah KSO pengadaan peralatan | KSO | 2 | 0 | - |
| | | 16 | Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat | Orang | 10 | 20 | 200.00 |
| | | 17 | Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan | Judul | 2 | 2 | 100.00 |
| 8 | Terwujudnya sistem jaminan mutu | 18 | Persentase SIP yang ditindaklanjuti | % | 100 | 89.14 | 89.14 |
| | | 19 | Persentase Capaian Kinerja Medik | % | 65 | 57.7 | 88.77 |
| 9 | Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS | 20 | Persentase tindak lanjut temuan hasil rakor terintegrasi | % | 100 | 87.28 | 87.28 |
| 10 | Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu | 21 | Persentase capaian kinerja Satker | % | 70 | 67.4 | 96.29 |
| 11 | Terwujudnya Good Corporate Governance | 22 | Indeks persepsi GCG | % | 60 | 71.49 | 119.15 |
| 12 | Terwujudnya SDM yang berkompeten | 23 | Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan) | % | 80 | 91 | 113.75 |
| 13 | Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu | 24 | Tingkat keandalan sarpras | % | 72 | 96.67 | 134.26 |
| | | 25 | Tingkat integrasi sistem informasi | % | 70 | 71.64 | 102.34 |
| 14 | Tercapainya pertumbuhan pendapatan | 26 | Trend peningkatan pendapatan | % | 6 | -3.69 | (61.50) |
| 15 | Terwujudnya cost effectiveness dalam layanan | 27 | POBO (Rasio pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional) | % | 82.5 | 72 | 87.27 |
| Rata-rata Capaian Kinerja RS | | | | | | | 104.13 |

Capaian indikator kinerja rata-rata sudah lebih dari 100%, bisa diasumsikan arah gerak strategi dalam memenuhi visi misi sudah sesuai dengan harapan dengan rata-rata capaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2016 sebesar 104,13% sedangkan capaian kinerja menggunakan Dana DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2016 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 857.557.807.587,- atau 95,49% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp. 898.020.822.000,- .

Pagu Belanja Medik dari Dana Rupiah Murni (RM) sebesar Rp. 108.325.401.000,- dengan volume 448 unit, RSUP Fatmawati berhasil melakukan optimalisasi dan efisiensi dari pagu tersebut sehingga terjadi 2 kali revisi dengan total sebesar Rp. 25.327.575.000,- (23.38%) dengan volume 669 unit. Akan tetapi di akhir tahun terjadi *selfblocking* sebesar Rp. 4.278.150.000,- dengan volume 30 unit, karena ada penghematan belanja dari Kementerian Kesehatan dan himbauan Kementerian Keuangan sehingga pagu yang dapat dibelanjakan sebesar Rp. 104.048.251.000,- dengan volume 639 unit.

B. REALISASI ANGGARAN

REALISASI PENYERAPAN ANGGARAN DIPA PENDAPATAN DAN DIPA RUPIAH MURNI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI TAHUN 2016

| NO | URAIAN | ALOKASI | REALISASI | | SISA ANGGARAN | |
|----------|--|--------------------|--------------------|-------------|-------------------|-------------|
| | | | Rupiah | % | Rupiah | % |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=(4/3x100) | 6=(3-4) | 7=(6/3x100) |
| 2094.055 | Dukungan Sarana dan Prasarana Kantor | Rp 15,700,000,000 | Rp 14,940,642,838 | 95.16 | Rp 759,357,162 | 4.84 |
| 2094.087 | Gedung dan Bangunan | Rp 97,800,000,000 | Rp 97,606,207,322 | 99.80 | Rp 193,792,678 | 0.20 |
| 2094.088 | Alat Kedokteran, Kesehatan dan KB | Rp 111,947,302,000 | Rp 105,298,835,286 | 94.06 | Rp 6,648,466,714 | 5.94 |
| 2094.090 | Laporan Layanan Operasional RS (PNBP/BLU) | Rp 401,121,586,000 | Rp 394,664,647,585 | 98.39 | Rp 6,456,938,415 | 1.61 |
| 2094.093 | Operasional Kantor, Pemeliharaan Kantor dan Perjalanan Dinas | Rp 122,741,575,000 | Rp 112,291,314,720 | 91.49 | Rp 10,450,260,280 | 8.51 |
| 2094.994 | Layanan Perkantoran | Rp 148,710,359,000 | Rp 132,756,159,836 | 89.27 | Rp 15,954,199,164 | 10.73 |
| | JUMLAH | Rp 898,020,822,000 | Rp 857,557,807,587 | 95.49 | Rp 40,463,014,413 | 4.51 |

Realisasi penyerapan anggaran DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2016 sebesar Rp. 857.557.807.587,- atau 95,49% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp. 898.020.822.000,-

C. SUMBER DAYA LAINNYA

1. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia di RSUP Fatmawati per 31 Desember 2016 sejumlah 2.519 pegawai, dengan kriteria kepegawaian sebagai berikut :

1) Berdasarkan Status Kepegawaian :

a. Pegawai PNS

- PNS GOL IV : 211 pegawai
- PNS GOL III : 1.043 pegawai
- PNS GOL II : 431 pegawai
- PNS GOL I : 6 pegawai

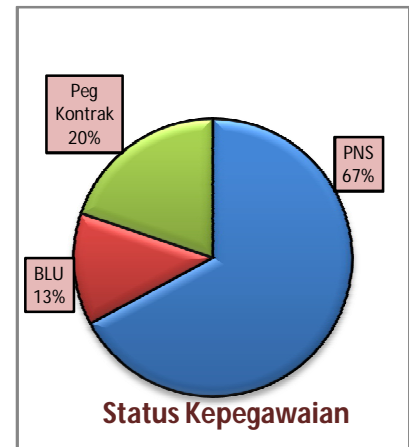
Total PNS RSUP Fatmawati : 1.691 pegawai

b. Pegawai BLU

- GOL III : 49 pegawai
- GOL II : 280 pegawai
- GOL I : - pegawai

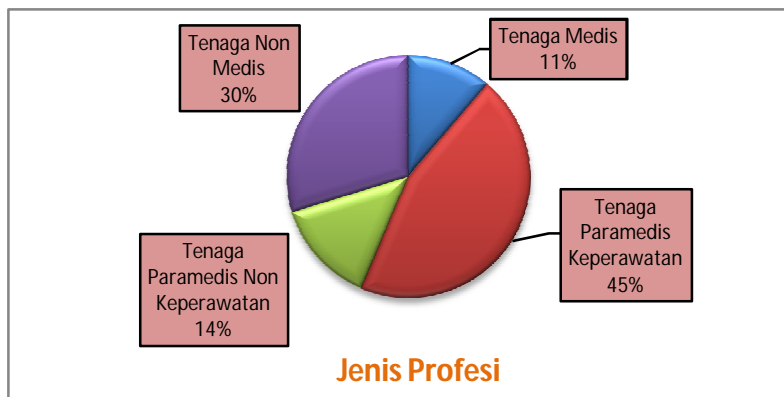
Total Pegawai BLU RSUP Fatmawati : 329 pegawai

c. Pegawai kontrak / PTT : 499 pegawai



2) Berdasarkan jenis profesi, sebagai berikut :

- a. Tenaga Medis : 282 pegawai
- b. Tenaga Paramedis Keperawatan : 1.136 pegawai
- c. Tenaga Paramedis Non Keperawatan : 351 pegawai
- d. Tenaga Non Medis : 750 pegawai



2. Sumber Daya Sarana Dan Prasarana

Sedangkan laporan berdasarkan penatausahaan barang milik negara meliputi kegiatan pencatatan, pendaftaran, pembukuan dan pelaporan barang milik negara (BMN) maka Laporan Tahunan Inventaris yang dibuat sampai dengan tgl 31 Desember 2016 tercatat sebagai berikut :

| | |
|---|----------------------|
| a. BMN INTRAKOMTABEL | |
| Posisi Awal (1 Januari 2016) | Rp 1,994,765,245,415 |
| Penambahan | Rp 178,212,158,278 |
| Pengurangan | Rp 31,778,030,318 |
| Posisi Akhir (31 Desember 2016) | Rp 2,141,199,373,375 |
| b. BMN EKSTRAKOMTABEL | |
| Posisi Awal (1 Januari 2016) | Rp 595,566,439 |
| Penambahan | Rp 11,819,900 |
| Pengurangan | Rp 23,639,800 |
| Posisi Akhir (31 Desember 2016) | Rp 583,746,539 |
| c. BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA | |
| Posisi Awal (1 Januari 2016) | Rp 1,995,360,811,854 |
| Penambahan | Rp 178,223,978,178 |
| Pengurangan | Rp 31,801,670,118 |
| Posisi Akhir (31 Desember 2016) | Rp 2,141,783,119,914 |
| d. BMN ASET TAK BERWUJUD | |
| Posisi Awal (1 Januari 2016) | Rp 2,348,758,133 |
| Penambahan | Rp 589,481,920 |
| Aset Definitif | Rp 29,101,600 |
| Posisi Akhir (31 Desember 2016) | Rp 2,909,138,453 |
| e. KONTRUKSI DALAM Pengerjaan | |
| Posisi Awal (1 Januari 2016) | Rp 31,804,229,636 |
| Penambahan | Rp 94,242,199,614 |
| KDP Aset Definitif | Rp 34,440,686,511 |
| Posisi Akhir (31 Desember 2016) | Rp 91,605,742,739 |

Berdasarkan hasil Laporan Posisi Barang Milik Negara RSUP Fatmawati untuk neraca sampai dengan tanggal 31 Desember 2016 tercatat bruto sebesar Rp. 2.248.925.980.883,- dan netto sebesar Rp. 1.938.049.664.704,- dengan angka penyusutan sebesar Rp. 310.876.316.179,- (Sumber : SIMAKBMN RSUP Fatmawati Tahun 2016).

BAB IV

PENUTUP

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

Hasil dari pencapaian kinerja RSUP Fatmawati th 2016 sebagai berikut :

1. Akuntabilitas Rumah Sakit sudah dapat dipertanggung-jawabkan dengan sudah terpantaunya indikator kinerja rumah sakit secara berkala
2. Belum semua sasaran strategi bisa terlaksana, baik dalam input, proses maupun outputnya.
3. Pencapaian Indikator Kinerja RSUP Fatmawati sudah mencapai 104,13% dengan penyerapan anggaran sebesar 95,49%, hal ini menunjukkan kemampuan anggaran yang ada menghasilkan kinerja yang optimal di RSUP Fatmawati telah tercapai.

Indikator Kinerja RSUP Fatmawati secara umum tercapai sesuai target yang telah ditetapkan pada Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati Tahun 2015 – 2019. Sedangkan beberapa indikator kinerja yang belum mencapai target, dapat terus diupayakan dengan cara kendala- kendala kinerja yang dipengaruhi asumsi makro dapat diperkecil. Sehingga bisa mendorong kinerja RSUP Fatmawati dengan upaya perbaikan sistem yaitu dengan cara monitoring dan evaluasi yang berkesinambungan dengan mengedepankan profesionalisme di lingkungan RSUP Fatmawati.

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

LAMPIRAN – LAMPIRAN

LAMPIRAN-LAMPIRAN

A. FORM RENCANA KINERJA TAHUNAN

RENCANA KINERJA TAHUNAN

Unit : RSUP Fatmawati

Tahun Anggaran : 2016

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET TH 2016 |
|----|---|--|----------------|
| 1 | Terwujudnya kepuasan <i>Stakeholder</i> | 1 Indeks Kepuasan Pasien | 80% |
| | | 2 Persentase Kepuasan Staf | 82% |
| | | 3 Persentase Kepuasan Peserta Didik | 85% |
| | | 4 Tingkat Kesehatan BLU | 82% |
| 2 | Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen | 5 Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin | 15% |
| | | 6 Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) | 40% |
| | | 7 Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional /Internasional | 5 |
| 3 | Tercapainya sustainability akreditasi Rumah Sakit | 8 Capaian Akreditasi Rumah Sakit | JCI |
| 4 | Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu | 9 Persentase pengembangan cluster layanan terpadu | 40% |
| 5 | Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) | 10 Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik | 70% |
| | | 11 Persentase AFI (<i>Action for Improvement</i>) terkait integrasi yang ditindaklanjuti | 100% |
| | | 12 Jumlah riset translasional yang didokumentasikan | 3 |
| 6 | Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan | 13 Persentase rujukan tepat | 50% |
| | | 14 Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring | 4 |
| 7 | Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian | 15 Jumlah KSO pengadaan peralatan | 2 |
| | | 16 Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat | 10 |
| | | 17 Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan | 2 |
| 8 | Terwujudnya sistem jaminan mutu | 18 Persentase SIP yang ditindaklanjuti | 100% |
| | | 19 Persentase Capaian Kinerja Medik | 65% |

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET TH 2016 |
|----|---|---|----------------|
| 9 | Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS | 20 Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi | 100% |
| 10 | Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu | 21 Persentase capaian kinerja satker | 70% |
| 11 | Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i> | 22 Indeks Persepsi GCG | 60% |
| 12 | Terwujudnya SDM yg berkompeten | 23 Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan) | 80% |
| 13 | Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu | 24 Tingkat keandalan sarpras | 72% |
| | | 25 Tingkat integrasi sistem informasi | 70% |
| 14 | Tercapainya pertumbuhan pendapatan | 26 Trend Peningkatan Pendapatan | 6% |
| 15 | Terwujudnya <i>cost effectiveness</i> dalam layanan | 27 POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional) | 82,50% |



Jakarta, 14 Desember 2015
 Direktur Utama RSUP Fatmawati

Dr. Andriyanti Warningsih, A. Sp. An, KIC, MARS
 NIP : 19570802 198710 2 001

B. PERNYATAAN PERJANJIAN KINERJA

PERNYATAAN PERJANJIAN KINERJA RSUP FATMAWATI KEMENTERIAN KESEHATAN



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2016

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

Nama : dr. Andi Wahyuningsih A, Sp.An,KIC,MARS
Jabatan : Direktur Utama RSUP Fatmawati

Selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggungjawab 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, 11 Februari 2016

✓ Pihak Kedua, ✎

dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K),MARS
NIP. 19610820 198812 1 001

Pihak Pertama

Dr. Andi Wahyuningsih A Sp.An KIC,MARS
NIP. 19570802 198710 2 001

C. FORM PERJANJIAN KINERJA

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2016 RSUP FATMAWATI

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET TH 2016 |
|----|---|--|----------------|
| 1 | Terwujudnya kepuasan <i>Stakeholder</i> | 1 Indeks Kepuasan Pasien | 80% |
| | | 2 Persentase Kepuasan Staf | 82% |
| | | 3 Persentase Kepuasan Peserta Didik | 85% |
| | | 4 Tingkat Kesehatan BLU | 82% |
| 2 | Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen | 5 Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin | 15% |
| | | 6 Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) | 40% |
| | | 7 Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional /Internasional | 5 |
| 3 | Tercapainya sustainability akreditasi Rumah Sakit | 8 Capaian Akreditasi Rumah Sakit | JCI |
| 4 | Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu | 9 Persentase pengembangan cluster layanan terpadu | 40% |
| 5 | Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) | 10 Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik | 70% |
| | | 11 Persentase AFI (<i>Action for Improvement</i>) terkait integrasi yang ditindaklanjuti | 100% |
| | | 12 Jumlah riset translasional yang didokumentasikan | 3 |
| 6 | Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan | 13 Persentase rujukan tepat | 50% |
| | | 14 Jumlah program pengampuan pembinaan di jejaring | 4 |
| 7 | Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian | 15 Jumlah KSO pengadaan peralatan | 2 |
| | | 16 Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat | 10 |
| | | 17 Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan | 2 |
| 8 | Terwujudnya sistem jaminan mutu | 18 Persentase SIP yang ditindaklanjuti | 100% |
| | | 19 Persentase Capaian Kinerja Medik | 65% |

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TARGET TH 2016 |
|----|---|---|----------------|
| 9 | Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS | 20 Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi | 100% |
| 10 | Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu | 21 Persentase capaian kinerja satker | 70% |
| 11 | Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i> | 22 Indeks Persepsi GCG | 60% |
| 12 | Terwujudnya SDM yg berkompeten | 23 Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan) | 80% |
| 13 | Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu | 24 Tingkat keandalan sarpras | 72% |
| | | 25 Tingkat integrasi sistem informasi | 70% |
| 14 | Tercapainya pertumbuhan pendapatan | 26 Trend Peningkatan Pendapatan | 6% |
| 15 | Terwujudnya <i>cost effectiveness</i> dalam layanan | 27 POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional) | 82,50% |

Jumlah anggaran kegiatan Rp. 770.353.222.000.-

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan



dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS
NIP : 19610820 198812 1 001

Jakarta, 11 Februari 2016
Direktur Utama RSUP Fatmawati



Dr. Andi Wahyuningsih, A. Sp. An, KIC, MARS
NIP : 19570802 198710 2 001

D. FORM PENGUKURAN KINERJA

PENGUKURAN KINERJA

Unit Kerja : RSUP Fatmawati

Tahun Anggaran : 2016

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TAHUN 2016 | | |
|----|---|--|------------|-----------|----------------|
| | | | TARGET | REALISASI | PENCAPAIAN (%) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6=(5/4x100%) |
| 1 | Terwujudnya kepuasan <i>Stakeholder</i> | 1 Indeks Kepuasan Pasien | 80% | 80,4 | 100,50 |
| | | 2 Persentase Kepuasan Staf | 82% | 78,99 | 96,33 |
| | | 3 Persentase Kepuasan Peserta Didik | 85% | 92,30 | 108,59 |
| | | 4 Tingkat Kesehatan BLU | 82% | 73,65 | 89,82 |
| 2 | Terwujudnya pelayanan, pendidikan dan penelitian yang ekselen | 5 Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin | 15% | 46,67 | 311,13 |
| | | 6 Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF) | 40% | 33,3 | 83,25 |
| | | 7 Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional/ Internasional | 5 | 6 | 120,00 |
| 3 | Tercapainya sustainability akreditasi Rumah Sakit | 8 Capaian Akreditasi Rumah Sakit | JCI | JCI | 100,00 |
| 4 | Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu | 9 Persentase pengembangan cluster layanan terpadu | 40% | 45 | 112,50 |
| 5 | Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS) | 10 Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik | 70% | 87,58 | 125,11 |
| | | 11 Persentase AFI (<i>Action for Improvement</i>) terkait integrasi yang ditindaklanjuti | 100 | 100 | 100,00 |
| | | 12 Jumlah riset translasional yang didokumentasikan | 3 | 3 | 100,00 |
| 6 | Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan | 13 Persentase rujukan tepat | 50% | 41,23 | 82,46 |
| | | 14 Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring | 4 | 5 | 125,00 |

| NO | SASARAN STRATEGIS | INDIKATOR KINERJA | TAHUN 2016 | | |
|----|---|---|------------|-----------|----------------|
| | | | TARGET | REALISASI | PENCAPAIAN (%) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6=(5/4x100%) |
| 7 | Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian | 15 Jumlah KSO pengadaan peralatan | 2 | 0 | - |
| | | 16 Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat | 10 | 20 | 200,00 |
| | | 17 Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan | 2 | 2 | 100,00 |
| 8 | Terwujudnya sistem jaminan mutu | 18 Persentase SIP yang ditindaklanjuti | 100% | 89,14 | 89,14 |
| | | 19 Persentase Capaian Kinerja Medik | 65% | 57,7 | 88,77 |
| 9 | Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS | 20 Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi | 100% | 87,28 | 87,28 |
| 10 | Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu | 21 Persentase capaian kinerja satker | 70% | 67,4 | 96,29 |
| 11 | Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i> | 22 Indeks Persepsi GCG | 60% | 71,49 | 119,15 |
| 12 | Terwujudnya SDM yang berkompeten | 23 Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan) | 80% | 91 | 113,75 |
| 13 | Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu | 24 Tingkat keandalan sarpras | 72% | 96,67 | 134,26 |
| | | 25 Tingkat integrasi sistem informasi | 70% | 71,64 | 102,34 |
| 14 | Tercapainya pertumbuhan pendapatan | 26 Trend Peningkatan Pendapatan | 6% | (3,69) | (61,50) |
| 15 | Terwujudnya <i>cost effectiveness</i> dalam layanan | 27 POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional) | 82,50% | 72 | 87,27 |

E. SK TIM LAKIP



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

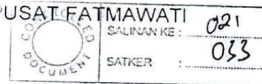
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



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

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
NOMOR : HK.03.05/II.1/831/2016



TENTANG

TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RSUP FATMAWATI

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

- Menimbang :
- bahwa RSUP Fatmawati merupakan rumah sakit Kelas A Pendidikan milik Pemerintah yang diwajibkan untuk melaksanakan Akreditasi Internasional;
 - bahwa RSUP Fatmawati mempunyai tugas menyelenggarakan upaya pengembangan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan penelitian;
 - bahwa untuk menilai kinerja seperti pada diktum diatas, maka diperlukan pengukuran dan evaluasi kinerja atas pelaksanaan rencana kerja dan anggaran Rumah Sakit.
 - bahwa perlu dilakukan monitoring & evaluasi kinerja oleh setiap penanggung jawab sesuai yang tercantum pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015-2019, sehingga perlu penetapan nama-nama Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati sesuai dengan tupoksinya;
 - bahwa untuk mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan di RSUP Fatmawati dibutuhkan Pembentukan Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati.
- Mengingat :
- Undang-Undang R.I. Nomor : 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.
 - Undang-Undang R.I. Nomor : 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
 - Undang-Undang R.I. Nomor : 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 - Undang-Undang R.I. Nomor : 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
 - Undang-Undang R.I. Nomor : 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara.
 - Peraturan Presiden R.I. Nomor : 29 Tahun 2014 tentang SAKIP (Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah)
 - Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor : 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 - Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor : 755/MENKES/PER/IV/2011 tanggal 11 April 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit.
 - Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor : 53 Tahun 2014 tanggal 20 November 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.
 - Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor : 12 Tahun 2015 Tentang Pedoman Evaluasi Atas Implementasi SAKIP
 - Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor : 1886/MENKES/SK/XII/2010 tanggal 21 Desember 2010 tentang Pengangkatan Direktur Utama BLU Rumah Sakit Fatmawati.
 - Keputusan Menteri Kesehatan R.I Nomor : HK.02.03/II/2008/2014 tanggal 12 Agustus 2014 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (Hospital Bylaws) RSUP Fatmawati.





KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



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

13. Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kemenkes R.I Nomor : HK 02.04/II/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 tentang Juknis Penyusunan TAPJA dan LAK UPT.
14. Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor : HK.03.05/II.1/1393/2015 tanggal 25 Agustus 2015 tentang Pola Tata Kelola di RSUP Fatmawati.
15. Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor : HK.03.05/II.1/624/2016 tanggal 28 April 2016 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI TENTANG TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
- Kesatu : Membentuk Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati dengan susunan keanggotaan terdiri dari Pelindung, Penanggung Jawab, Ketua, Sekretaris dan Anggota, sebagaimana tercantum dalam lampiran surat keputusan ini.
- Kedua : Tim melaksanakan fungsi untuk menjawab serta mendukung monitoring dan evaluasi kinerja guna menjamin pelayanan yang berkualitas, yaitu :
1. Mengumpulkan rencana aksi sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015-2019
 2. Menyusun rencana aksi yang telah divalidasi oleh Kepala Satuan Kerja
 3. Menyusun laporan secara berkala (bulanan, triwulan, semester, tahunan) sesuai yang tercantum pada kamus Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015-2019.
- Ketiga : Tugas Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati adalah :
- I. DIREKTUR :
 1. Bertanggung jawab atas pelaksanaan kegiatan tim.
 2. Memfasilitasi kebutuhan sumber daya untuk mendukung program tim.
 - II. KETUA :
 1. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan tim.
 2. Memantau kemajuan persiapan dan pelaksanaan kegiatan tim.
 3. Memberikan masukan kepada penanggung jawab untuk kemajuan kegiatan tim.
 4. Mengevaluasi persiapan dan pelaksanaan kegiatan tim.
 - III. WAKIL KETUA :
 1. Menyusun rencana evaluasi dan monitoring kinerja Rumah Sakit bersama tim.
 2. Mengkoordinasikan persiapan dan pelaksanaan kegiatan tim.
 3. Melaksanakan rencana kerja tim.
 4. Membantu menyusun laporan secara berkala (bulanan, triwulan, semester, tahunan) sesuai yang tercantum pada kamus Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015-2019
 - IV. SEKRETARIS
 1. Menyusun rencana evaluasi dan monitoring kinerja secara berkala (bulanan, triwulan, semester, tahunan) sesuai yang tercantum pada kamus Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015-2019
 2. Bertanggung jawab terhadap pelaksanaan administrasi terkait rencana aksi dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala
 3. Mengkoordinasikan pengarsipan dokumen kegiatan tim.
 4. Membuat laporan berkala kegiatan tim kepada Direktur.





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



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

- Keempat : Dalam melaksanakan tugas Tim bertanggung jawab kepada Direktur Utama melalui Direktur Keuangan RSUP Fatmawati.
- Kelima : Dengan dikeluarkannya Keputusan ini, maka Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor : HK.03.05/II.1/610/2014 tanggal 26 Mei 2014 tentang Tim Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) di RSUP Fatmawati dan semua ketentuan lain yang bertentangan, dinyatakan tidak berlaku lagi.
- Keenam : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Keputusan ini, maka akan ditinjau kembali untuk diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan Di : Jakarta
Pada Tanggal : 23 Mei 2016

DIREKTUR UTAMA,



WYUNINGSIH ATTAS
NIP. 195708021987102001

Tembusan :

1. Dewan Pengawas RSUP Fatmawati;
2. Para Direktur RSUP Fatmawati;
3. Para Kepala Satuan Kerja di RSUP Fatmawati.





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



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

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
NOMOR : HK.03.05/II.1/831/2016 TANGGAL : 23 MEI 2016

SUSUNAN KEANGGOTAAN
TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

- PELINDUNG : Direktur Utama
- PENANGGUNG JAWAB : 1. Direktur Medik dan Keperawatan
2. Direktur Umum, SDM dan Pendidikan
3. Direktur Keuangan
- KETUA : Kepala Bagian Perencanaan dan Anggaran
- WAKIL KETUA : 1. Ketua Komite Mutu dan Manajemen Risiko
2. Kepala Satuan Pemeriksa Intern
- SEKRETARIS : Ketua Sub Komite Penilaian Kinerja KMMR
- ANGGOTA : 1. Ka. Sie. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Medik. Bid. Yan. Dik
2. Ka. Sub Bagian Monitoring dan Evaluasi Bagian Diklit
3. Ka. Sub Bag Evaluasi & Pelaporan. Bag. Perencanaan & Anggaran
4. Ka. Sie. Monitoring dan Evaluasi Bidang Fas. Med & Keperawatan.
5. Kepala Instalasi Promosi Kesehatan dan Humas
6. Ka. Sub Bagian Perencanaan dan Pengembangan Bagian SDM
7. Ns. Rini Makarti, S.Kep (Anggota SPI)
8. Ka. Sub Bagian Akuntansi Keuangan
9. Ka. Sub Bagian Tata Usaha Bagian Umum
10. Kepala Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit
11. Koordinator Pelayanan Data dan Informasi IRMPDI
12. Ka. Sub Komite Mutu Profesi Komite Medik

