

LKJ 2017



LAPORAN 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

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah atas bimbingan Allah SWT, pimpinan Lembaga Akreditasi Rumah Sakit (LAR) dan para pemangku jabatan serta staf RSUP Fatmawati yang telah bekerja dengan penuh tanggung jawab dalam melaksanakan tugas-tugasnya.

Demikian Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati Tahun 2017 ini kami sampaikan.

LAPORAN KINERJA (LKj) RSUP FATMAWATI TAHUN 2017

Perwujudan visi RSUP Fatmawati sebagai rumah sakit yang unggul, berprestasi, berkeadilan, dan berkeadilan sosial yang berlandaskan pada nilai-nilai keagamaan, kebhinekaan, dan keberagaman budaya yang berkeadilan sosial.

Demikian dengan kerendahan hati kami sampaikan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati Tahun 2017 ini kepada para pemangku jabatan dan staf RSUP Fatmawati sebagai bahan evaluasi dan perbaikan untuk tahun-tahun berikutnya.



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF

BAB I : PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan	2
C. Tugas Pokok dan Fungsi	3
D. Sistematika Penulisan	6

BAB II : PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja	7
B. Perjanjian Kinerja	16

BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi	18
B. Realisasi Anggaran	60

BAB IV : PENUTUP

61

LAMPIRAN – LAMPIRAN

RINGKASAN EKSEKUTIF

Dengan ditetapkannya RSUP Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI, maka RSUP Fatmawati sebagai Instansi Pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Kinerja (LKj). LKj RSUP Fatmawati disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas, yang berisi hasil pengukuran kinerja dari sasaran strategis yang telah ditetapkan selama tahun 2017. Hasil pengukuran kinerja yang telah ditetapkan selama tahun 2017 secara keseluruhan mencapai target yang telah ditetapkan.

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

1. Sasaran Strategis: Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian
 - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar 80%
2. Sasaran Strategis: Terpenuhiya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien
 - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) % Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar 70%
 - 2) % Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar 65%
3. Sasaran Strategis: Terwujudnya sistem informasi terintegrasi
 - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) % Integrasi sistem informasi dengan target 75%
4. Sasaran Strategis: Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian
 - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
 - 1) Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun 20
 - 2) % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi 80%

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

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :

1) % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak 100%

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

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :

1) Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain

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

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :

1) Ketepatan identifikasi pasien 100%

2) Penerapan keselamatan operasi 100%

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

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :

1) Indeks kepuasan pelanggan 80%

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

- Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :

1) Rasio PNBPN terhadap biaya operasional 75%

Capaian indikator kinerja rata-rata sudah lebih dari 100%, bisa diasumsikan arah gerak strategi dalam memenuhi visi misi sudah sesuai dengan harapan dengan rata-rata capaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2017 sebesar **113,15%**. Sedangkan capaian kinerja menggunakan Dana DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2017 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 707.251.644.986,- atau 88,75% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp 796.917.490.000,- .

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 sistem keterkaitan antara kinerja dan akuntabilitas. Kebijakan penting dalam upaya mewujudkan penyelenggaraan negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme (*Good Governance*) adalah terbitnya Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan Instansi Pemerintah untuk berakuntabilitas dan melaporkan kinerjanya kepada pihak yang memiliki hak atau berwenangan untuk meminta pertanggung-jawaban.

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

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

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, RSUP Fatmawati setiap tahun menyampaikan Laporan Kinerja (LKj) kepada Kementerian Kesehatan RI. Penyusunan Laporan Kinerja RSUP Fatmawati merujuk pada Rencana Strategis RSUP Fatmawati Tahun 2015-2019, yang telah direvisi pada awal tahun 2017. Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Fatmawati 2017-2019 telah disahkan dan ditandatangani oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS pada tanggal 23 Januari 2017. Dalam Revisi tersebut terdapat

perubahan Indikator Kinerja Utama/*Key Performance Indicators* (KPI) yang semula 27 KPI menjadi 12 KPI.

Pelaksanaan Penyusunan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati Tahun 2017 dengan memperhatikan kepada peraturan perundang-undangan yang melandasi pelaksanaan Laporan Kinerja (LKj), yaitu:

1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 Tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi dan Nepotisme Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah
2. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 Tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah
3. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 Tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
4. 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
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan
6. 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.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati tahun 2017 disusun sebagai bentuk pertanggung-jawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas dalam kurun waktu tahun 2017. Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati merupakan rangkuman dari suatu proses evaluasi kinerja dari masing-masing Direktorat dan Unit Kerja yang ada di RSUP Fatmawati. Diharapkan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati dapat merefleksikan manajemen RSUP Fatmawati yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi kepada hasil.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Berdasarkan Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor: HK.03.05/II.1/706/2017 tanggal 25 Juli 2017 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja RSUP Fatmawati. RSUP Fatmawati mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut:

1. Tugas Pokok RSUP Fatmawati :

RSUP Fatmawati Jakarta mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan dalam penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara komprehensif 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 Pelatihan di Bidang Kesehatan
- g. Penelitian dan Pengembangan
- h. Administrasi Umum dan Keuangan

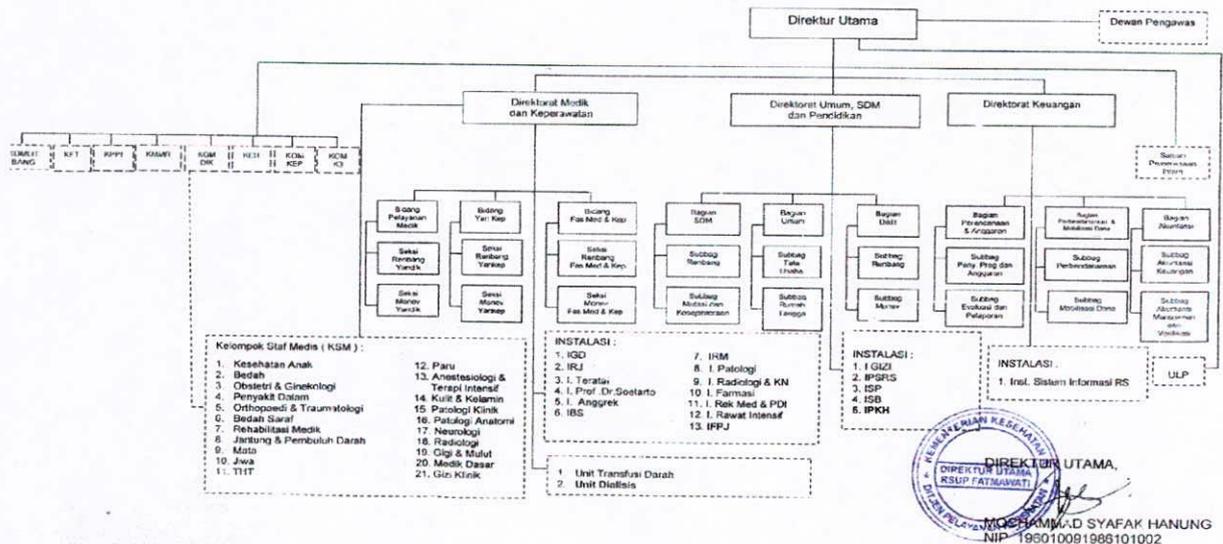
Susunan Direksi RSUP Fatmawati :



Struktur Organisasi RSUP Fatmawati :

LAMPIRAN I
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP FATMAWATI
NOMOR : HK.03.05/II.1/706/2017 TANGGAL : 25 JULI 2017

STRUKTUR ORGANISASI
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



Sebagaimana tersaji dalam diagram di atas, struktur organisasi RSUP Fatmawati terdiri atas 3 (tiga) Direktorat, 8 (delapan) Komite dan Satuan Pemeriksa Intern (SPI). Dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, pelaksanaan kegiatan RSUP Fatmawati didukung oleh sumber daya manusia per 31 Desember 2017 sebanyak 2.490 pegawai yang terdiri dari 1.636 orang PNS dan 854 orang Non PNS, dengan rincian sebagai berikut:

**SUMBER DAYA MANUSIA
PEGAWAI NEGERI SIPIL
TAHUN 2017**

NO	URAIAN	JANUARI TH 2017	TAMBAH	KURANG	DESEMBER TH 2017
1	Menurut Golongan				
	PNS Gol IV	211	4		215
	PNS Gol III	1.043		5	1.038
	PNS Gol II	431		48	383
	PNS Gol I	6		6	-
	Jumlah	1.691	4	59	1.636
2	Menurut Jenis Profesi				
	Tenaga Medis	254		5	249
	Tenaga Medis Keperawatan	633		19	614
	Tenaga Paramedis Keperawatan	39		2	37
	Tenaga Paramedis Non Keperawatan	262		6	256
	Tenaga Non Medis	503		23	480
	Jumlah	1.691	-	55	1.636

**SUMBER DAYA MANUSIA
NON PEGAWAI NEGERI SIPIL
TAHUN 2017**

NO	URAIAN	JANUARI TH 2017	TAMBAH	KURANG	DESEMBER TH 2017
1	Menurut Golongan				
	Gol III	172	24		196
	Gol II	651	3		654
	Gol I	5		1	4
	Jumlah	828	27	1	854
2	Menurut Jenis Profesi				
	Tenaga Medis	28	5		36
	Tenaga Medis Keperawatan	444	16		460
	Tenaga Paramedis Keperawatan	20		4	16
	Tenaga Paramedis Non Keperawatan	89	5		94
	Tenaga Non Medis	247	1		248
	Jumlah	828	27	4	854

D. SISTEMATIKA PENULISAN

Sistematika Penulisan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati Tahun 2017 sebagai berikut :

1. Bab I Pendahuluan, menjelaskan secara ringkas latar belakang, maksud dan tujuan, tugas pokok dan fungsi, struktur organisasi RSUP Fatmawati, serta sistematika penulisan laporan.
2. Bab II Perencanaan Kinerja, menjelaskan tentang sasaran strategis, Perjanjian Kinerja, indikator kinerja dan target yang ingin dicapai RSUP Fatmawati pada tahun 2017.
3. Bab III Akuntabilitas Kinerja, menjelaskan tentang pengukuran dan analisis pencapaian kinerja serta realisasi anggaran yang mendukung pencapaian kinerja RSUP Fatmawati.
4. Bab IV Penutup berisi kesimpulan dari Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati tahun 2017 dan langkah selanjutnya untuk meningkatkan kinerja organisasi.
5. Lampiran

BAB II PERENCANAAN KINERJA

A. PERENCANAAN KINERJA

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

Memperhatikan pentingnya integrasi misi pendidikan, layanan dan riset yang unggul dalam menghadapi tantangan yang berkembang di masa mendatang, dengan memperhatikan capaian kinerja tahun 2015 – 2016, maka dibutuhkan penyesuaian sasaran-sasaran strategis beserta KPI nya sebagaimana tercantum dalam RSB RSUP Fatmawati 2015 – 2019, sehingga disusun revisi RSB RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 – 2019 dalam kerangka integrasi tersebut. Dokumen RSB ini diharapkan akan lebih fokus lagi menentukan arah dan prioritas strategis RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 – 2019 dalam mengemban misi dan mencapai visi organisasi.

Penyusunan RSB RSUP Fatmawati untuk periode tahun 2017 – 2019 mempunyai tujuan pokok sebagai berikut:

- (i) menghasilkan peta jalan (*road map*) untuk mewujudkan visi dan misi RSUP Fatmawati periode tahun 2017 - 2019
- (ii) menjadi dasar untuk mengomunikasikan arah dan prioritas strategis pengembangan dan pengelolaan RSUP Fatmawati kepada para pemangku kepentingan inti (*key stakeholders*)
- (iii) menjadi dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan visi dan misi RSUP Fatmawati
- (iv) menjadi salah satu acuan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholders* inti RSUP Fatmawati

Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang baru, mempunyai visi yaitu :

“Menjadi RS Rujukan Nasional dengan layanan Spine dan Trauma tahun 2019”

Tujuan yang akan dicapai pada akhir tahun 2019 adalah :

Terwujudnya dua layanan unggulan yang dilakukan secara integrasi lintas KSM sesuai standar internasional, yaitu :

- *Fatmawati Hospital Spine dan Trauma Center*
- *Endometriosis Center*

Rumusan Misi 2017-2019 RSUP Fatmawati adalah:

1. Memberikan pelayanan, pendidikan, dan penelitian yang berkualitas dan terintegrasi
2. Meningkatkan kinerja, kompetensi dan kesejahteraan karyawan
3. Menyelenggarakan *good corporate governance*
4. Memberikan pelayanan berbasis *continuum of care throughout life cycle*

Dengan adanya revisi Rencana Strategis Bisnis Tahun 2017-2019 maka KPI, target KPI, bobot KPI, dan PIC (*person in charge*) atas KPI tersebut berubah dari 27 KPI (RSB tahun 2015-2019) menjadi 12 KPI. Perubahan ini terjadi berdasarkan evaluasi KPI dalam RSB Tahun 2015-2019 Semester I Tahun 2016 oleh Kepala Komite Mutu dan Manajemen Resiko (KMMR) bahwa secara keseluruhan kinerja tidak tercapai karena target tidak disesuaikan dengan Kondisi Tahun 2015. KPI RSB RSUP Fatmawati Tahun 2015 – 2019 dan Revisi RSB RSUP Fatmawati Tahun 2017 – 2019 adalah sebagai berikut:

Tabel II. 1 KPI berdasarkan RSB Tahun 2015-2019

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA
1	2	3
1	Terwujudnya kepuasan <i>Stakeholder</i>	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	5 Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisiplin
		6 Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati (3 SMF)
		7 Jumlah penelitian yang terpublikasi secara Nasional/ Internasional
3	Tercapainya <i>sustainability</i> akreditasi Rumah Sakit	8 Capaian Akreditasi Rumah Sakit
4	Terwujudnya pelayanan unggulan dan cluster layanan terpadu	9 Persentase pengembangan cluster layanan terpadu
5	Terintegrasinya pelayanan, pendidikan dan penelitian (AHS)	10 Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik
		11 Persentase AFI (<i>Action for Improvement</i>) terkait integrasi yang ditindaklanjuti

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA
1	2	3
		12 Jumlah riset translasional yang didokumentasikan
6	Terwujudnya pembinaan jejaring kesehatan	13 Persentase rujukan tepat 14 Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring
7	Terwujudnya kemitraan yang mendukung pelayanan, pendidikan dan penelitian	15 Jumlah KSO pengadaan peralatan 16 Jumlah staf yang mengikuti program Sub Spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat 17 Jumlah riset kemitraan yang dilaksanakan
8	Terwujudnya sistem jaminan mutu	18 Persentase SIP yang ditindaklanjuti 19 Persentase Capaian Kinerja Medik
9	Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis RS	20 Persentase tindaklanjut temuan hasil rakor integrasi
10	Terwujudnya sistem manajemen kinerja yang terukur dan terpadu	21 Persentase capaian kinerja satker
11	Terwujudnya <i>Good Corporate Governance</i>	22 Indeks Persepsi GCG
12	Terwujudnya SDM yang berkompeten	23 Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)
13	Terwujudnya sarana fasilitas dan sistem informasi terpadu	24 Tingkat keandalan sarpras 25 Tingkat integrasi sistem informasi
14	Tercapainya pertumbuhan pendapatan	26 Trend Peningkatan Pendapatan
15	Terwujudnya <i>cost effectiveness</i> dalam layanan	27 POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional)

Tabel II. 2. KPI berdasarkan Revisi RSB Tahun 2017-2019

No	Sasaran Strategis	No	KPI
1	Terciptanya SDM yang memenuhi kompetensi dalam pelayanan unggulan spine dan trauma.	1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar
		3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4	% Integrasi sistem informasi
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal di RSUP Fatmawati per tahun
		6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi
5	Tercapainya <i>supply chain management</i>	7	% Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan identifikasi pasien
		10	Penerapan keselamatan operasi
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks kepuasan pelanggan
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan biaya	12	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional

KPI berfungsi sebagai alat ukur tingkat keberhasilan secara kuantitatif di tiap tahun atas kemajuan pencapaian suatu sasaran strategis pada peta strategis. Target KPI yang ditetapkan tiap tahun diupayakan ada peningkatan secara kuantitatif hingga terwujudnya visi RSUP Fatmawati Tahun 2019. Penetapan KPI baru diputuskan dalam rapat pembahasan bersama direksi dan perwakilan seluruh satker. Rapat membahas hasil evaluasi atas kinerja sebelumnya dan strategi untuk ke depannya sehingga untuk mewujudkannya perlu ditetapkan sasaran strategis baru dengan indikator kinerja yang baru pula. Oleh karena itu dalam Laporan Kinerja (LKj) Tahun 2017 ini, capaian indikator kinerja Tahun Anggaran 2017 tidak dapat diperbandingkan dengan capaian indikator kinerja di tahun Anggaran Tahun 2016 karena adanya perbedaan indikator kinerja.

Program Kerja Strategis

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

a) Program kerja strategis yang bersifat pemantapan :

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

b) Program kerja strategis yang bersifat perbaikan :

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

c) Program kerja strategis yang bersifat pengembangan :

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

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

Tabel II. 3. Program Kerja Strategis 2017-2019

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

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

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

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

Dalam melaksanakan Program dan kegiatan untuk mencapai sasaran, telah dialokasikan anggaran berdasarkan Perjanjian Kinerja RSUP Fatmawati tahun 2017 sebesar Rp. 782.879.189.000, pada tahun berjalan terjadi efisiensi / *self blocking* berdasarkan Instruksi Presiden RI Nomor 4 tahun 2017 tentang Efisiensi Belanja Barang Kementerian/Lembaga dalam Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara tahun anggaran 2017 dan surat dari Kementerian Kesehatan tentang efisiensi Belanja Barang Kementerian/Lembaga Tahun 2017 untuk RSUP Fatmawati telah melaksanakan efisien untuk belanja Obat-obatan sebesar Rp 1.500.000.000. dan Revisi Anggaran (*Refocusing*) dari pemerintah (Rupiah Murni) untuk yang dialokasikan peruntukan :

• Belanja Modal Alat Kesehatan	Rp 10.995.475.000
• Belanja Modal Alat Non Medik	Rp 2.189.000.000
• Belanja Barang Farmasi / Obat	<u>Rp 2.353.826.000</u>
Jumlah	Rp 15.538.301.000

Sehingga **Pagu Akhir** RSUP Tahun 2017 sebesar **Rp. Rp. 796.917.490.000.**

B. PERJANJIAN KINERJA

RSB RSUP Fatmawati Tahun 2015-2019 dibuat untuk menjabarkan visi dan misi organisasi. Sasaran-sasaran strategis yang akan dicapai RSUP Fatmawati tahun 2017 ini merupakan turunan dari Revisi RSB Tahun 2017-2019. Sebagai penjabaran dari sasaran yang hendak di capai dalam pembangunan kesehatan telah ditetapkan target-target sasaran Indikator Kinerja Program (IKP) yang tertuang di dalam Perjanjian Kinerja (PK) tahun 2017.

Perjanjian kinerja merupakan lembar/dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi yang lebih rendah untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Melalui perjanjian kinerja, terwujudlah komitmen penerima amanah dan kesepakatan antara penerima dan pemberi amanah atas kinerja terukur tertentu berdasarkan tugas, fungsi dan wewenang serta sumber daya yang tersedia. Target kinerja yang diperjanjikan juga mencakup *outcome* yang dihasilkan dari kegiatan tahun-tahun sebelumnya, sehingga terwujud kesinambungan kinerja setiap tahun. Sehubungan telah direvisi RSB RSUP Fatmawati Tahun 2015-2019 pada tanggal 23 Januari 2017, maka Perjanjian Kinerja Tahun 2017 adalah sebagai berikut:



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017

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 Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
Kementerian Kesehatan RI

Selanjutnya disebut pihak pertama

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

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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



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



dr. Andi Wahyuningsih A, Sp.An, KIC, MARS
NIP. 195708021987102001

PERJANJIAN KINERJA

Unit Organisasi : RSUP Fatmawati Jakarta
Tahun : 2017

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya Peningkatan Komitmen SDM dalam Pengembangan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	1. Persentase pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	80%
2	Terpenuhiya Sumber Daya sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien	2. Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras sialt kesehatan medik dan non medik sesuai standar 3. Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	70% 65%
3	Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi	4. Persentase integrasi sistem informasi	75%
4	Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian	5. Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun 6. Persentase pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	20 80%
5	Tercapainya Supply Chain Management System	7. Persentase tindak lanjut evaluasi kerjasama layanan kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8. Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9. Ketepatan identifikasi pasien 10. Penerapan keselamatan operasi	100% 100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11. Indeks kepuasan pelanggan	80%
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12. Rasio PNPB terhadap biaya operasional	75%

Jumlah Anggaran : Rp. 782.879.189.000,-



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



dr. Andi Wahyuningsih A, Sp.An, KIC, MARS
NIP. 195708021987102001

Selain informasi tentang adanya revisi RSB RSUP Fatmawati tahun 2017 – 2019, perlu juga diinformasikan bahwa berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: KP.03.03/Menkes/318/2017 Tanggal 5 Juli 2017 Tentang Pengangkatan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama Di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI ditetapkan dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH sebagai Direktur Utama RSUP Fatmawati menggantikan dr. Andi Wahyuningsih Attas, Sp.An, KIC,MARS. Atas dasar keputusan tersebut Perjanjian Kinerja Tahun 2017 direvisi (sesuai Peraturan MENPAN Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk teknis perjanjian kinerja, pelaporan kinerja dan Tata cara reviu atas laporan kinerja instansi pemerintah).



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017

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

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

selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Juli 2017

Pihak Kedua




dr. Bambang Wibowo Sp. OG(K), MARS
 NIP. 196106201988121001

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

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017
RSUP FATMAWATI**

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya Peningkatan Komitmen SDM dalam Pengembangan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	1. Persentase Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	80%
2	Terperuhnya Sumber Daya sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien	2. Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%
		3. Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%
3	Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi	4. Persentase integrasi sistem informasi	75%
4	Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian	5. Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	20
		6. Persentase pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80%
5	Tercapainya Supply Chain Management System	7. Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerja sama layanan kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8. Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
		9. Kelepatan identifikasi pasien	100%
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	10. Penerapan keselamatan operasi	100%
		11. Indeks kepuasan pelanggan internal dan eksternal	80%
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12. Rasio PNPB terhadap biaya operasional	75%

Kegiatan

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

Anggaran
Rp. 782.875.189.000,-

Jakarta, Juli 2017

Pihak Kedua




dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS
 NIP. 196106201988121001

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

BAB III
AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

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

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2017		
			TARGET	REALISASI	PENCAPAIAN
1	2	3	4	5	6 = (5/4x100%)
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1 % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	80%	91,65%	114,56
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2 % Pemenuhan kebutuhan sarpras Alat Kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%	55,49%	79,27
		3 % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%	79,45%	122,23
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4 % integrasi sistem informasi	75%	79,20%	105,60
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5 Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	20	27	135,00
		6 % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80%	82,27%	102,84
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7 % Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	100%	100,00%	100,00
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8 Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1	2	200,00
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9 Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	96,50%	96,50
		10 Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100%	100,00
8	Tercapainya peningkatan akseibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11 Indeks Kepuasan Pelanggan	80%	81,40%	101,75
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12 Rasio PNPB terhadap biaya operasional	75%	75%	100,00
Rata - rata Pencapaian					113,15

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

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

Indikator Kinerja :

1) Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai standar

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

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 1 : Capaian Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM Sesuai Standar

INDIKATOR	TH. 2016	TH. 2017			TARGET	TARGET
	REALISASI (%)	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)	2018	2019
Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai Standar	91	80%	91,65 %	114,56	85%	90%

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :

Realisasi Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai standar Tahun 2017 adalah 91,65% dari target Indikator yang ditetapkan dalam RSB sebesar 80% sehingga pencapaiannya 114,56%. Terlampauinya target indikator yang ditetapkan disebabkan sebagian besar SDM yang ditunjuk untuk menjadi anggota tim *Spine & Trauma Center* sudah pernah mendapatkan pendidikan pengembangan keterampilan di bidang *Spine*.

c. Upaya yang dilakukan agar target Pemenuhan Kompetensi SDM ditahun mendatang senantiasa sesuai standar adalah sebagai berikut :

1. Tersedianya alokasi anggaran khusus untuk pelatihan / *workshop Tim Spine & Trauma Centre*;
2. Mengadakan *Workshop / In-house Training* keperawatan orthopedi bagi perawat yang menjadi anggota *Tim Spine & Trauma Center* namun belum pernah mendapatkan pelatihan keperawatan khusus di bidang orthopedi.

2. Terpenuhinya Sumber Daya Sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator Kinerja :

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

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

Capaian indikator diperoleh dari nilai rata-rata realisasi pemenuhan kebutuhan sarana prasarana medik dan non medik tahun 2017 atau dengan formula sebagai berikut:

- Capaian pemenuhan sarana prasarana alat kesehatan medik:

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

- Sedangkan formula Capaian pemenuhan sarana prasarana non medik:

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

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

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

2

a. Kondisi yang dicapai :

Persentase pemenuhan sarana prasarana non medik tahun 2017 adalah sebanyak 8 buah dari target sebanyak 18 buah atau capaian kinerjanya hanya mencapai 44%. Sedangkan pemenuhan kebutuhan sarana prasarana medik di tahun 2017 adalah sebanyak 159 alat dari target sebanyak 239 alat atau capaian kinerjanya hanya mencapai 67%. Dengan demikian capaian rata-rata pemenuhan kebutuhan sarana prasarana tahun 2017 adalah sebesar 55,49% dan capaian total untuk indikator terhadap target yang ditetapkan pada tahun 2017 seperti terlihat pada tabel berikut:

Tabel 2 : Capaian Persentase Kebutuhan Sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar

INDIKATOR	TH. 2017			TARGET 2018	TARGET 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)		
Persentase Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%	55,49%	79,26	80%	90%

b. Analisa Penyebab Ketidakberhasilan/Permasalahan :

Keterbatasan anggaran menjadi kendala utama dalam penyediaan sarana dan prasarana alat medik dan non medik yang dibutuhkan *Spine & Trauma Center*.

c. Alternatif pemecahan masalah:

1. Meningkatkan surplus rumah sakit, sehingga tersedia cukup dana untuk belanja investasi;
2. Memprioritaskan pengadaan peralatan medik dan non medik untuk kebutuhan pelayanan unggulan *Spine & Trauma Center*.

d. Upaya yang telah dilakukan

1. Membuat rencana pengadaan/TOR alat medik dan non medik di tahun 2018 untuk pemenuhan kebutuhan pelayanan spine center;
2. Monitoring dan Evaluasi kehandalan peralatan medik dan non medik pelayanan spine dari pelayanan rawat jalan, kamar operasi dan ruang perawatan;

Indikator Kinerja :

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

Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Pengendalian Infeksi

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

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

Pemantauan adalah kegiatan mengumpulkan data atau informasi melalui pengamatan langsung terhadap situasi / kenyataan yang ada untuk memastikan dan mengendalikan keserasian kondisi di lapangan dengan standar yang ditetapkan, dengan demikian dapat diketahui kesenjangan antara fasilitas yang sesuai standar dan yang tidak sesuai standar. Dalam hal ini Komite PPI melakukan pemantauan "Persentase pemenuhan kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi" sebagai salah satu indikator kinerja direktur RSUP Fatmawati Tahun 2017 yang akan dilaporkan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI.

Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana K3 Sesuai Standar

Sarana didefinisikan sebagai segala sesuatu benda fisik yang dapat tervisualisasi oleh mata maupun teraba panca indera dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan

umumnya merupakan bagian dari suatu bangunan gedung (pintu, lantai, dinding, tiang kolong gedung, jendela) ataupun bangunan itu sendiri. Sedangkan prasarana adalah seluruh jaringan / instalasi yang membuat suatu sarana bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang diharapkan, antara lain; instalasi air bersih dan air kotor, instalasi listrik, gas medis, komunikasi, dan pengkondisian udara dan lain-lain.

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

1. Standar Manajemen

Standar manajemen sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit meliputi :

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

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

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

2. Standar Teknis

A. Standar teknis sarana

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

3. Standar teknis Prasarana meliputi :

a) Manajemen Risiko K3RS;

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

- 2) Memiliki lembar data keselamatan bahan (*material safety data sheet*);
- 3) lemari Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
- 4) penyiram badan (*body wash*);
- 5) pencuci mata (*eyewasher*);
- 6) Alat Pelindung Diri (APD);
- 7) rambu dan simbol Bahan Berbahaya dan Beracun (B3); dan
- 8) *spill kit*.

e) Pencegahan Dan Pengendalian Kebakaran;

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

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

- 1) Penggunaan Listrik;
- 2) Penggunaan Air;
- 3) Penggunaan Tata Udara;
- 4) Penggunaan Genset;
- 5) Penggunaan Boiler;
- 6) Penggunaan Lift;
- 7) Penggunaan Gas Medis;
- 8) Penggunaan Jaringan Komunikasi;

9) Penggunaan Mekanikal Dan Elektrikal; Dan

10) Penggunaan Instalasi Pengelolaan Limbah.

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

1) Memastikan tersedianya daftar inventaris seluruh peralatan medis

2) Memastikan penandaan pada peralatan medis yang digunakan dan yang tidak digunakan.

3) Memastikan dilaksanakannya Inspeksi berkala.

4) Memastikan dilakukan uji fungsi dan uji coba peralatan

5) Memastikan dilakukan pemeliharaan promotif dan pemeliharaan terencana pada peralatan medis

6) Memastikan petugas yang memelihara dan menggunakan peralatan medis kompeten dan terlatih

h) Kesiap siagaan Menghadapi Kondisi Darurat Atau Bencana.

1) identifikasi risiko kondisi darurat atau bencana;

2) penilaian analisa risiko kerentanan bencana;

3) pemetaan risiko kondisi darurat atau bencana;

4) pengendalian kondisi darurat atau bencana; dan

5) simulasi kondisi darurat atau bencana.

a. Kondisi yang dicapai :

1. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi

Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Pengendalian Infeksi terdiri dari: kursi, kran, tempat sampah, tiang infus, tempat tidur, tabung oksigen, troly tindakan, brankar, nakas, meja pasien, pendant, meja mayo, kursi roda, troli waskom, waskom untuk memandikan, bantal, dan kasur yang ada 504 buah, sesuai standar 365 buah, tidak sesuai standar 137 buah, persentase pemenuhan 72 %. Sedangkan sarpras gedung yang terdiri dari lantai, dinding dan langit-langit yang ada 6176,9 M², sesuai standar 5801,9 M², tidak sesuai standar 374,9 M², persentase pemenuhan 94%. Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pencegahan dan pengendalian infeksi sebesar $(94 \% + 72 \% : 2 = 83\%)$. Indikator yang ditetapkan sebesar 65%, dengan demikian target sudah tercapai.

2. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras K3 Sesuai Standar

Dari hasil pemantauan dan implementasi dilapangan maka dicapai angka kesesuaian dengan standar K3RS terkait dengan sarana prasarana pada gedung bougenville 81,1%, GPS 78 %, IRJ 72,4%, IGD 72,8% dan Azalea 75,2% dengan rata-rata pemenuhan sebesar **75,9%**, dari target yang ingin dicapai oleh rumah sakit terkait dengan pemenuhan sarana prasarana K3 rumah sakit yaitu sebesar 65%.

Dengan demikian capaian rata-rata Persentase Pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar adalah $(83\% + 75,9\%)/2 = 79,45\%$.

Tabel 3 : Capaian Persentase Kebutuhan Sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar

INDIKATOR	TH. 2017			TARGET	TARGET
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)	2018	2019
Persentase Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%	79,45%	122,23	70%	90%

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

1. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi

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

prasarana Pendukung Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi menggunakan ceklis audit sarana prasarana yang telah ditentukan. Apabila ada ketidaksesuaian dengan standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sehingga menyulitkan pembersihan atau menyebabkan pembersih tidak optimal maka direkomendasikan untuk diperbaiki atau diganti dengan yang sesuai standar. Pengusulan perbaikan sarana prasarana yang rusak atau penggantian sarana prasarana yang tidak sesuai standar PPI dilakukan oleh satker terkait kepada penganggungjawab alat yaitu sub bagian rumah tangga. Pengusulan Perbaikan gedung yang rusak dari satker terkait kepada penanggungjawab bangunan yaitu IPSRS. Perbaikan atau penggantian sarana prasarana yang tidak sesuai standar dan perbaikan bangunan yang rusak dilakukan secara bertahap sesuai dengan area prioritas pelayanan pasien yang paling berisiko tinggi terjadi infeksi. Satker yang mempunyai sarpras tidak sesuai standar dan satker penanggungjawab pemeliharaan sarana prasarana dapat bekerjasama dengan baik, sehingga pemenuhan kebutuhan sarana prasarana PPI dapat melebihi target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 83%. Walaupun belum tercapai 100% dalam memenuhi kebutuhan sarana prasarana Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) dalam pelaksanaannya ditemukan permasalahan yang mungkin timbul apabila kinerja tidak tercapai adalah risiko terpapar infeksi jamur bagi pasien, petugas dan pengunjung yang berada disekitarnya. Bagi pasien yang dioperasi diruangan yang tidak sesuai standar meningkat risiko infeksi daerah operasi (IDO).

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

2. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana K3 Sesuai Standar

Dalam pemenuhan kebutuhan sarana prasarana K3 sesuai standar dapat disimpulkan untuk indikator ini sudah memenuhi target sebesar 75.9% dari Target yang ditetapkan sebesar 65%, tetapi dari hasil pemantauan dan pengawasan langsung dalam implementasi / penerapan standar K3RS ditemukan kendala-kendala dalam pemenuhan kebutuhan sarana prasarana K3 sesuai standar menjadi 100% diantaranya sebagai berikut:

- a) Masih ada beberapa gedung yang belum terpenuhi dalam hal pencegahan dan penanggulangan kebakaran dan rekomendasi dari dinas pemadam kebakaran DKI yang belum terpenuhi.
- b) Masih ada beberapa dinding berjamur, plafon berlubang, atap yang menimbulkan kebocoran pada plafon, lantai yang licin dan berlubang.
- c) Belum terpenuhinya dokter okupasi terkait dengan surveilans lingkungan kerja, surveilans medic, tindak lanjut terkait *return to work* dan penegakan diagnosa terkait dengan penyakit akibat kerja.
- d) Belum semua terpenuhi pengelolaan B3 terkait aspek K3 terkait dengan identifikasi dan inventarisasi B3 dan MSDS secara berkala, penyediaan lemari B3 pada satuan kerja pengguna B3, beberapa eye wash dan body yang belum optimal, APD terkait B3, rambu dan symbol B3 serta spill kit.
- e) Belum semua terpenuhi system pencegahan dan pengendalian kebakaran terkait dengan detector asap dan api, system alarm khususnya di gedung azalea.
- f) Belum semua terpenuhinya pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek K3 yang sesuai standar terkait dengan penggunaan listrik dan system instalasinya, system tata udara terkait dengan kelembaban yang belum standar, lift yang rusak yang perlu perbaikan, system mekanikal dan elektrikal yang di beberapa area belum rapi dan perlu perbaikan.

c. Rekomendasi :

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

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

2. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana K3 Sesuai Standar

Berdasarkan hasil pencapaian target yang ditetapkan tahun ini walaupun sudah tercapai tetapi untuk pemenuhan kebutuhan Sarana Prasarana K3 sesuai standar belum terpenuhi 100% maka dapat direkomendasikan :

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

3. Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi

Indikator Kinerja :

4) Persentase Integrasi Sistem Informasi

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

a. Kondisi yang dicapai :

Tabel 4 : Persentase Integrasi Sistem Informasi

INDIKATOR	TH. 2016	TH. 2017			TARGET	TARGET
	CAPAIAN	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)	2018	2019
Persentase Integrasi Sistem Informasi	102,34%	75%	79,20%	105,60	80%	85%

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :

Hasil pencapaian tahun 2017 sebesar 105,60% . Di tahun 2017 ini, ISIRS melakukan perubahan bahasa program yang semula berbasis *Dekstop* berganti menjadi *Web Based* dengan tetap memperhatikan integrasi data setiap variabel pada modul-modul yang ada pada Permenkes No 82 tahun 2013 sehingga tidak menambah besar dan cepat atas jumlah realisasi yang dicapai. Pengembangan eMR (*electronic medical record*) yang sampai saat ini baru diimplementasikan di Poliklinik Eksekutif Griya Husada, sedangkan eMR Rawat Inap sudah diimplementasikan namun belum berjalan lancar. Realisasi Persentase Integrasi Sistem Informasi Tahun 2017 sebesar 79,20% dari Target yang yang ditetapkan sebesar 75%.

Pengembangan aplikasi rumah sakit merujuk pada Rencana Strategis RS, program kerja ISIRS dan kebutuhan satuan kerja yang sifatnya insidental dan segera. Adapun

modul-modul pengembangan tersebut sesuai program kerja ISIRS 2017 adalah sebagai berikut:

1. Pengembangan eksternal:

- Modul integrasi PACS, LIS, dan alat canggih lainnya (lanjutan)
- Integrasi dengan BIOS, SIMAK BMN, dll (aplikasi-aplikasi dengan KL terkait)

2. Pengembangan internal modul aplikasi:

- EMR (*electronic medical record*) & E-SDM
- Indikator mutu terintegrasi
- Integrasi pelayanan, pendidikan dan pelatihan
- Back office administrasi

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

1. Permasalahan Eksternal :

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

2. Permasalahan Internal

- a) Kurangnya pengetahuan dan ketrampilan programmer dalam pembuatan aplikasi laporan;
- b) Kurangnya koordinasi dengan user /satuan kerja terkait permintaan aplikasi yang diinginkan.

c. Upaya yang telah dilakukan

- 1) Pendampingan pembuatan aplikasi rumah sakit terintegrasi oleh staf IT selama tahun ini
- 2) Menerapkan system kolaborasi dengan satuan kerja terkait agar tercapai *user requirement* dan *user acceptance test* (UAT), serta melakukan monitoring dan evaluasi dalam penggunaan aplikasi
- 3) Standarisasi pengkodean pembuatan aplikasi yang harus dipatuhi oleh semua programmer dan penataan folder alamat aplikasi pengaksesan *Fatmawati Hospital Information System* (Fatmahost)
- 4) Tes uji coba kehandalan aplikasi rumah sakit yang telah dibuat sebelum diimplementasikan.

d. Rekomendasi/ saran :

- 1) Pembuatan alur bisnis kerja/ standar operasional prosedur yang sudah ditetapkan bersama, untuk dijadikan *user requirement* pengembangan aplikasi, bila perlu dibuat kebijakan sehingga tidak berubah-ubah alur sistem dan bisnis proses aplikasi yang sudah dibuat;
- 2) Penambahan programmer advanced untuk mempercepat pengembangan SIRS;
- 3) Pendampingan penggunaan aplikasi di satuan kerja oleh ISIRS sehingga dihasilkan luaran data aplikasi secara akurat, tepat dan valid.

4. Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian

Indikator Kinerja :

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

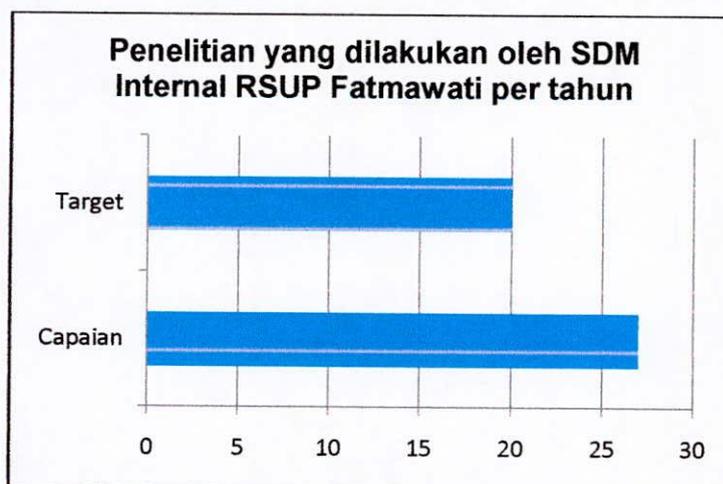
Jumlah Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal dan dilakukan di RSUP Fatmawati. Target pada tahun 2017 sebanyak 20 penelitian dan capaian mencapai 135% (27 penelitian). Perbandingan target dan realisasi ditunjukkan pada tabel berikut ini:

Tabel 5 : Capaian Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun

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

a. Kondisi yang dicapai :

RSUP Fatmawati merupakan rumah sakit tipe A pendidikan dimana pada umumnya memfasilitasi dalam kegiatan penelitian untuk menyelesaikan suatu masalah atau sebagai dasar untuk membuat sebuah kebijakan. Kegiatan penelitian di lingkungan RSUP Fatmawati oleh SDM Internal RSUP Fatmawati baik pegawai PNS maupun Non PNS yang dikategorikan dalam penelitian klinis maupun non klinis. Pada capaian tahun 2017, indikator Penelitian yang dilakukan oleh SDM Internal RSUP Fatmawati per tahun mencapai target yang ditetapkan. Target di tahun 2017 adalah sebesar 20 penelitian dan yang tercapai sebesar 27 penelitian.



Dapat dilihat di dalam grafik bahwa capaian tahun 2017 sebanyak 27 penelitian melebihi dari target yang ditetapkan. Dari 27 penelitian yang dilaksanakan, ada beberapa penelitian yang masih dalam proses pelaksanaan yaitu sebanyak 18 penelitian dan yang sudah selesai sebanyak 9 penelitian.

Dari 18 penelitian yang masih dalam proses pelaksanaan, 14 diantaranya merupakan penelitian klinis yang dilakukan oleh dokter dari masing-masing KSM antara lain KSM Kebidanan, KSM Anak, KSM THT, dan KSM Rehabilitasi Medik. Selanjutnya terdapat dua Penelitian dari KPPI, satu penelitian dari Instalasi Sanitasi dan Pertamanan dan satu penelitian yang dilakukan oleh dr. Agus Surur As'adi, SpOG(K) bersama dengan PT Dexa.

b. Faktor pendukung Capaian Indikator

Dalam Komite Penelitian dan Pengembangan terdapat Tim Kaji Etik bertugas melakukan telaah terhadap proposal penelitian yang diajukan peneliti. Ketua komite dibantu oleh Tim Kaji Etik dalam melakukan telaah proposal tersebut. Sehingga faktor pendukung capaian indikator sebagai berikut :

- 1) Ketua Komlitbang melakukan rapat bersama Tim Kaji Etik untuk membahas target penelitian tahun 2017. Ketua Komite menggerakkan dan mengajak Tim Kaji Etik untuk melakukan penelitian serta membangunkan semangat untuk meneliti pada satuan kerja masing-masing.
- 2) Setelah melakukan rapat bersama tim kaji etik, secara langsung meningkatkan antusias dalam mengirimkan proposal penelitian. Sehingga Ketua Komite bersama Tim Kaji Etik serta Bagian Diklit melakukan audiensi dengan Direktur Utama terkait dengan komlitbang dan penelitian-penelitian yang sedang diajukan.

Walaupun secara keseluruhan penelitian yang masuk, belum merata sepenuhnya di masing-masing satuan kerja karena kurangnya minat dalam meneliti, masih ada beberapa penelitian klinis yang batal dilaksanakan atau terhambat karena terkedala masalah persetujuan bantuan dana penelitian dan Peneliti lebih banyak dilakukan oleh tenaga medis, diharapkan dari manajemen juga dapat berpartisipasi dalam melakukan penelitian dan masih adanya Peneliti tidak melaporkan dan menyerahkan hasil penelitian ke Bagian Diklit sehingga komlitbang kesulitan dalam membuat kajian hasil penelitian.

c. Usulan Rekomendasi

Dari semua hasil penelitian yang dilakukan di lingkungan rumah sakit maka dapat di rekomendasikan :

- 1) seluruh satuan kerja terkait dapat berpartisipasi dalam melakukan penelitian;
- 2) pemantauan secara berkala untuk penelitian yang masih dalam tahap proses pelaksanaan hingga selesai dilaksanakan;
- 3) Bagian diklit dapat mensosialisasikan kepada peneliti bahwa hasil penelitian yang dilakukan di lingkungan rumah sakit merupakan menjadi milik sepenuhnya rumah sakit dan dapat dipublikasikan untuk kepentingan rumah sakit dalam mengambil kebijakan.

6) Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi

Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS)/Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PPDGS) adalah peserta didik program pendidikan dokter spesialis/ dokter gigi spesialis yang dikirim oleh institusi pendidikan yang bekerjasama dengan RSUP Fatmawati dan melaksanakan kegiatan praktik (stase) di RSUP Fatmawati. Supervisi peserta didik adalah supervisi atau bimbingan yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan atau supervisor yang ditunjuk bagi peserta didik program pendidikan dokter / dokter gigi spesialis terhadap kegiatan pelayanan pasien yang dilakukan oleh PPDS/PPDGS dalam rangka pendidikan.

a. Kondisi yang dicapai

Dari data Supervisi DPJP terhadap peserta didik capaian telah diatas target. Adapun pelaksanaan pemantauan supervisi DPJP terhadap peserta didik di Instalasi Bedah Sentral (IBS) adalah terhadap operasi elektif dan cito. Namun demikian pada perhitungan operasi elektif dari semua Kelompok Staf Medis (KSM) yang melakukan operasi elektif tidak seluruh KSM yang mempunyai kegiatan bedah mempunyai PPDS, sehingga perhitungan supervisi DPJP pada PPDS tidak semua dapat dihitung pada pemantauan operasi cito dimana PPDS banyak berperan dalam proses belajar di luar jam kerja pelayanan. Contoh KSM Bedah Saraf tidak mempunyai PPDS.

Tabel 6 : Capaian Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi

INDIKATOR	TH. 2017			TARGET	TARGET
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)	2018	2019
Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80%	82,27%	102,84	90%	100%

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target:

Untuk mencapai target indikator ini telah dilakukan kegiatan sebagai berikut :

- Berkoordinasi dengan Instalasi Bedah Sentral untuk laporan operasi serta kehadiran DPJP dan peserta didik.
- Bersama-sama Bagian Diklit melakukan Pemantauan Supervisi berdasarkan data yang diberikan oleh Bagian Diklit (data Sistem Informasi Log Book (SILOG) oleh KSM yang telah mengisi SILOG)
- Berkoordinasi dengan KSM untuk jadwal tugas DPJP untuk dapat memantau secara periodik.

c. Dalam mencapai target Indikator % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi mengalami permasalahan diantaranya sebagai berikut :

1. Pemantauan supervisi DPJP terhadap peserta didik (PPDS/PPDGS) di IBS belum berdasarkan level kompetensi.
2. Belum patuhnya DPJP / PPDS terutama KSM Bedah dalam mengisi sistem aplikasi yang disediakan yakni SILOG.
3. Tidak semua KSM yang melakukan tindakan operasi di luar jam kerja mempunyai Dokter Konsulen jaga *onsite*, yakni untuk Ortopedi, THT, Mata, serta Gigi dan Mulut, sehingga pelaksanaan operasi yang dilakukan oleh peserta didik (PPDS/PPDGS) berkemungkinan tidak didampingi oleh DPJP.
4. Sebetulnya pemantauan Supervisi DPJP terhadap peserta didik sesuai level kompetensi lebih akurat bila menggunakan aplikasi SILOG. Akan tetapi belum semua KSM telah melakukan pengisian melalui aplikasi SILOG. KSM yang telah

mengisi aplikasi SILOG semester 2 tahun 2017 yaitu Radiologi (Agustus), Ortopaedi (November), Kebidanan (Oktober) meskipun masih belum lengkap pengisiannya.

d. Usaha untuk mempertahankan pencapaian indikator yang mencapai target adalah sebagai berikut :

1. Supervisi sesuai level kompetensi secara langsung maupun tidak langsung sebagai berikut :

Tabel 7: Supervisi sesuai level Kompetensi

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

2. Pemantauan terhadap pelaksanaan supervisi terhadap peserta didik (PPDS/PPDGS) lebih diperluas lagi seperti di IGD, Poliklinik Rawat Jalan dan Rawat dan Inap.
3. Dengan sistem remunerasi, akan ada penambahan poin lebih bagi DPJP yang telah melakukan supervisi, dan pengurangan point terhadap DPJP yang tidak melakukan supervisi, dengan demikian diharapkan supervisi DPJP terhadap peserta didik akan lebih ditingkatkan.
4. Peningkatan koordinasi antara Bagian Diklit, KSM dan IBS untuk mempermudah pemantauan supervisi, termasuk memperbaiki sistem pemantauan yang terintegrasi dan membantu mensosialisasikan pengisian SILOG ke KSM yang belum mengisi aplikasi tersebut.

5. Tercapainya Supply Chain Management System

Indikator Kinerja :

7) Persentase Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Kerjasama Layanan Kontrak

a. Kondisi yang dicapai

Jumlah kerjasama layanan kontrak SDM, farmasi dan alat kesehatan sebanyak 2.318 kontrak dengan rincian sebagai berikut:

- Kerjasama SDM : 6 kontrak (3 kontrak tenaga ahli, 1 kontrak pengelolaan parkir, 1 kontrak *cleaning service* dan 1 kontrak satuan pengamanan);
- Kerjasama farmasi : 2.308 kontrak, dan
- Kerjasama alat kesehatan : 4 kontrak (MRI, CT Scan, Laboratory Automatic System/LAS dan Hemodialisa)

Tabel 8 : Jumlah kontrak yang dievaluasi

Jenis Kontrak	Jumlah	Dievaluasi	Capaian (%)
A. SDM			
Tenaga ahli	3	3	100
Parkir	1	1	100
Cleaning Service	1	1	100
Satuan Pengamanan	1	1	100
B. Farmasi	2.308	2.308	100
C. Alkes			
MRI	1	1	100
CT Scan	1	1	100
LAS	1	1	100
Hemodialisa	1	1	100
TOTAL	2.318	2.318	100

Dari 2.318 kontrak yang dievaluasi telah diindaklanjuti sebanyak 2.318 kontrak (100%)

Jumlah Kontrak	Dievaluasi	Di Tindaklanjuti	Capaian
2.318	2.318	2.318	100 %

Tabel 9 : Capaian Persentase Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Kerjasama Layanan Kontrak

INDIKATOR	TH. 2017			TARGET 2018	TARGET 2019
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)		
Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak	100%	100%	100	100%	100%

b. Analisa Penyebab Keberhasilan:

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

c. Upaya Yang telah dilakukan :

1. Penyesuaian definisi operasional kerjasama yang menyatakan bahwa kontrak SDM merupakan pengangkatan pegawai kontrak yang dituangkan dalam bentuk Keputusan Dirut RSUP Fatmawati, kontrak farmasi adalah kontrak pengadaan barang farmasi oleh PPK, dan kerjasama alat kesehatan dalam bentuk kerjasama operasional (KSO) oleh Keputusan Dirut RSUP Fatmawati, kontrak *cleaning service* dan satuan pengamanan bukan kontrak SDM melainkan kontrak pengadaan jasa dan evaluasinya berupa evaluasi hasil pekerjaan, adapun kontrak parkir merupakan kerjasama pemanfaatan aset BMN dengan pola imbal hasil;

2. Mengkaji kerjasama operasional pengelolaan pelayanan hemodialisis dengan pola imbal hasil berdasarkan tarif INA CBGs, kompensasi imbal hasil kontrak alat kesehatan (MRI, CT Scan, dan LAS), kontrak pengadaan *consumable hemodialisa* dan kerjasama pinjam pakai alat hemodialisa.

d. Rekomendasi/saran

1. SDM: definisi kerjasama perlu direvisi sesuai substansi kontrak, pertemuan dengan mitra kerjasama untuk membahas addendum kontrak parkir terkait perubahan judul kontrak parkir dan dilakukan negosiasi proporsi imbal hasil dengan mitra kerjasama;
2. Farmasi : Pejabat Pembuat Komitmen melakukan *monitoring* pengiriman barang farmasi sesuai kontrak;
3. Alat Kesehatan: Dilakukan kajian imbal hasil alat kesehatan selanjutnya dilakukan negosiasi dengan mitra kerjasama;
4. Evaluasi Kerjasama berkala oleh tim.

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

Indikator Kinerja :

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

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

a. Kondisi yang dicapai

Tabel 10: Capaian Peningkatan Jumlah Program Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Medik dan Tenaga Kesehatan Lain

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

Dua judul pelatihan yang telah dilaksanakan pada tahun 2017 yaitu Workshop Penanganan *Spinal Cord Injury* (28-29 April 2017) dan Pelatihan Keperawatan Orthopaedi Dasar (13-18 November 2017).

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :

1. Partisipasi peserta internal RSUP Fatmawati dalam mengikuti kegiatan pelatihan tersebut 100 % (peserta perawat 30 orang)
2. Koordinasi dengan satuan kerja terkait terlaksana dengan baik.

c. Upaya yang telah di lakukan:

1. Koordinasi dengan PPSDM KEMENKES, terkait pelatihan terakreditasi.
2. Kordinasi dengan satuan kerja terkait.

d. Rekomendasi / Saran :

1. Agar direncanakan pelatihan kembali pada tahun 2018 untuk perawat yg belum terlatih;
2. Diadakan bimbingan kurikulum untuk pelatihan oleh unggulan RS;
3. Pelatihan keperawatan Orthopedi bagi tenaga perawat dengan level kompetensi yang lebih tinggi.

7. Terwujudnya Pelayanan Berbasis Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator Kinerja :

9) Ketepatan Identifikasi Pasien

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

a. Kondisi yang dicapai

Tabel 11 : Capaian Ketepatan Identifikasi Pasien

INDIKATOR	TH. 2017			TARGET	TARGET
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)	2018	2019
Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	96.50 %	96.50	100%	100%

b. Permasalahan / Kendala dalam Pencapaian Target :

1. Tulisan yang ada pada identitas mudah dihapus/ luntur bila terkena air/ sabun;
2. Gelang identitas pasien bayi / anak terlalu besar sehingga mudah terlepas;
3. Pasien tidak memakai gelang karena terlepas dan lupa pemasangan kembali;
4. Infus yang terpasang pada pasien tidak ditempel label / identitas pasien;
5. Obat pada box obat tidak ada label identitasnya yang dikarenakan jumlah obat yang dikirim dari depo farmasi tidak sesuai dengan jumlah label identitas pasiennya;
6. Form RM tidak ada label identitas dikarenakan label habis dan belum sempat di print;
7. Printer label identitas sering error.

c. Usul pemecahan masalah untuk pencapaian Target :

1. Meningkatkan mutu gelang identitas pasien agar tulisan yang tercetak tidak mudah terhapus / luntur bila terkena air / sabun;

2. Gelang identitas pasien bayi / anak akan disesuaikan ukurannya supaya tidak mudah lepas;
3. Memastikan setiap pasien memakai gelang identitas;
4. Memastikan semua infus yang terpasang pada pasien ditempel label / identitas pasien;
5. Memastikan semua obat pasien disiapkan label identitasnya;
6. Memastikan semua Form RM ada label identitasnya;
7. Memastikan printer label identitas selalu dalam kondisi baik sehingga dapat dipergunakan dengan lancar.

d. Upaya yang telah dilakukan untuk mencapai Target :

1. Meningkatkan koordinasi antara Bidang Keperawatan dengan Instalasi Farmasi untuk menindaklanjuti :
 - Kertas atau tinta pada identitas pasien agar tidak mudah terhapus / luntur bila terkena air / sabun;
 - Menyediakan gelang identitas pasien sesuai ukuran bayi / anak;
 - Agar obat yang disiapkan untuk pasien diberi label identitasnya sesuai dengan jumlah obatnya;
2. Melakukan edukasi kembali kepada perawat agar :
 - Setiap pasien harus memakai gelang identitas;
 - Memberi Label identitas pasien pada botol infus yang dipasang ke pasien
 - Setiap Form RM pasien harus diberi label identitas pasien;
3. Koordinasi dengan ISIRS untuk pemeliharaan printer label identitas pasien agar tidak terjadi error;
4. Melakukan supervisi penggunaan identitas pasien;
5. Menyelenggarakan system pelaporan tentang kepatuhan penggunaan identitas pasien ke KMMR setiap bulan;

Indikator Kinerja:

10) Penerapan Keselamatan Operasi

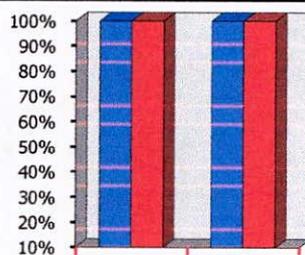
Kepatuhan penerapan keselamatan operasi di ruang Operasi adalah proses yang dilakukan untuk memastikan benar lokasi, benar tindakan dan benar pasien yang dilakukan oleh tim Bedah dengan melakukan *Sign in, Time Out dan Sign Out* pada setiap melakukan tindakan bedah di ruang operasi.

a. Kondisi yang dicapai ditampilkan pada tabel di bawah ini:

	Jan	Peb	Mar	Apr	Mei	Jun	Semester I
Numerator	1056	900	1100	892	1021	810	5779
Denominator	1056	900	1100	892	1021	810	5779
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	Jul	Agus	Sep	Okt	Nop	Des	Semester II
Numerator	1021	1166	976	1123	1036	941	6263
Denominator	1021	1166	976	1123	1036	941	6263
Target	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Grafik Capaian Indikator Penerapan Keselamatan Operasi Tahun 2017



	Semester I	Semester II
■ Target	100%	100%
■ Capaian	100%	100%

INDIKATOR	TH. 2017			TARGET	TARGET
	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)	2018	2019
Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100 %	100 %	100%	100%

b. Analisa keberhasilan

Indikator penerapan keselamatan operasi telah mencapai target (100%), hal ini didukung oleh beberapa kegiatan sebagai berikut:

1. Kepatuhan melaksanakan *time out* oleh tim bedah karena ada punishment pengurangan jasa bagi yang tidak melaksanakan proses *time out*;
2. Memberikan *reward*/penghargaan atas pencapaian target kepada staf IBS sesuai hasil yang dicapai dengan menambahkan prosentase dari target IKI;
3. Selalu melaporkan hasil indikator riil lain terkait dengan keselamatan operasi yaitu dalam proses *sign in* masih tingginya angka penandaan lokasi operasi (*site marking*) yang dilakukan diruang penerimaan kamar operasi (18%);
4. Selalu melaporkan hasil real capaian indikator kepatuhan DPJP dalam mendampingi peserta didik (PPDS);
5. Selalu melaporkan data capaian riil kehadiran dokter Anestesi, ke KMMR dan Bidang Pelayanan medis;
6. Koordinasi langsung dengan IRNA terkait capaian *site marking* yang masih dilakukan di ruang persiapan kamar operasi;
7. Melakukan pemantauan rencana aksi secara berkala (identifikasi pasien, *site marking*, *sign in*, *time out*, *sign out*, supervisi DPJP ke PPDS).

c. Tindak lanjut

1. Kepatuhan pelaksanaan proses *time out* dijadikan budaya keharusan, seperti kepatuhan melaksanakan cuci tangan;
2. Dipimpin langsung setiap hari oleh kepala ruang secara berkesinambungan per hari/OK sebagai bentuk sosialisasi langsung;
3. Melaporkan bila adanya insiden, terkait adanya operasi salah sisi, adanya kasa, gunting, dll yang tertinggal pasca operasi;
4. Terus melaporkan hasil capaian angka penandaan (*mark site*) setiap bulan ke KMMR untuk tindak lanjut;
5. Terus melaporkan hasil real supervisi DPJP ke Bidang Pelayanan Medik setiap bulan untuk tindak lanjut;
6. Melaporkan capaian kehadiran dokter anestesi berdasarkan area wilayah.

d. Rekomendasi/saran

1. Pemberian level kompetensi kepada PPDS untuk memenuhi bahwa PPDS selevel dengan DPJP;
2. Penuhi kebutuhan dokter anestesi sesuai area wilayah pelayanan;
3. Penambahan dokter anestesi;
4. Laporan feedback setiap bulan terkait insiden kepada KMMR.

8. Tercapainya Peningkatan Aksesibilitas Untuk Kepuasan Pelanggan Internal dan Eksternal

Indikator Kinerja :

11) Indeks Kepuasan Pelanggan

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

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

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

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

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

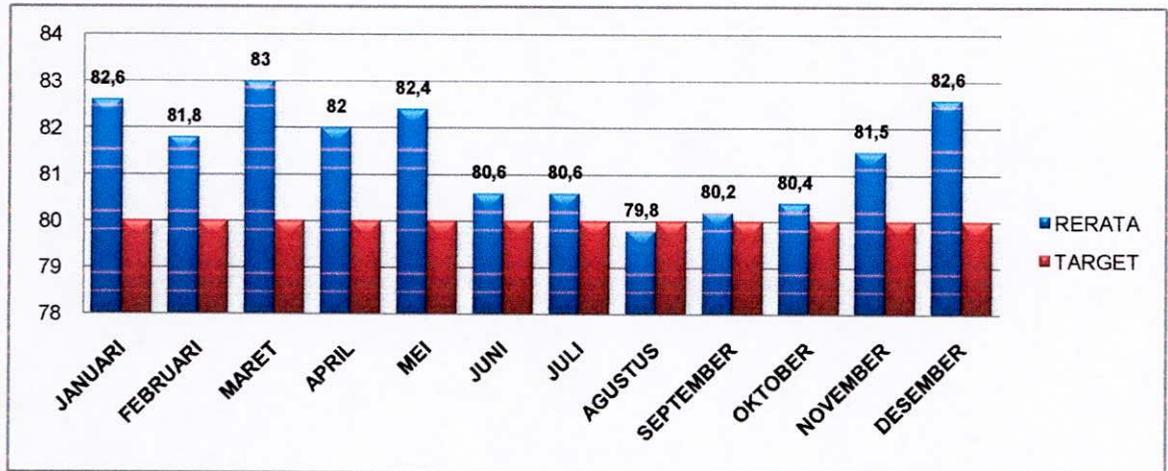
1. Kuisisioner disebarakan secara sampling dan diisi langsung oleh responden/ masyarakat yang datang ke RSUP Fatmawati yang telah mendapat pelayanan secara keseluruhan.
2. Pengolahan data secara manual hasil pelaksanaan survey yang diinput setiap bulan sepanjang tahun berjalan dengan terlebih dahulu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

a. Kondisi yang dicapai

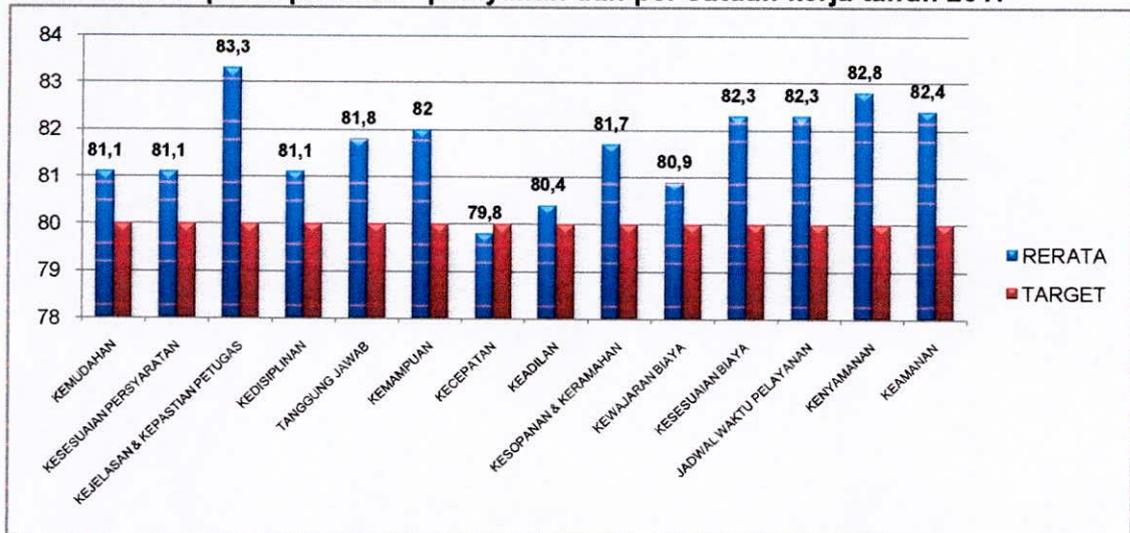
Tabel 13 : Capaian Indeks Kepuasan Pelanggan

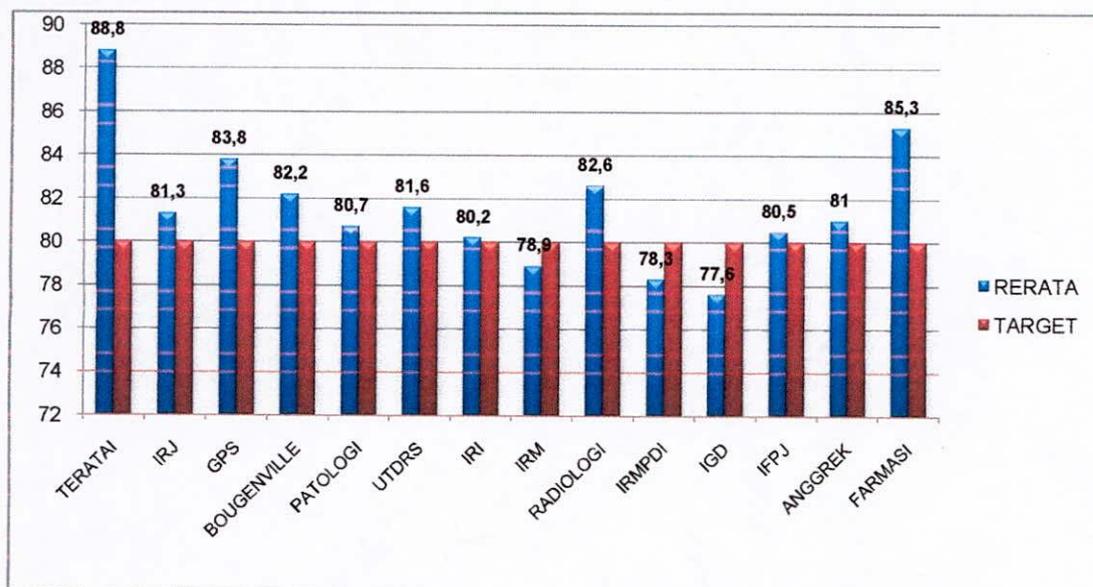
INDIKATOR	TH. 2016	TH. 2017			TARGET	TARGET
	REALISASI	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)	2018	2019
Indeks Kepuasan Pelanggan	80,4	80	81,4	101,75	80	80

Grafik Pencapaian :



Grafik hasil capaian per unsur pelayanan dan per satuan kerja tahun 2017





Keterangan tabel dan grafik diatas capaian hasil survey kepuasan pelanggan dapat dilihat bahwa jumlah satuan kerja yang dilakukan penilaian oleh pelanggan sebanyak 14 satuan kerja, hasil tersebut dapat diuraikan dengan pengelompokan. Pada tahun 2017 ini seluruh satuan kerja yang dilakukan survey mendapat nilai dengan kategori **SANGAT BAIK** dengan nilai interval konversi berada di 81.26 s/d 100 sebanyak 7 satuan kerja dan dengan kategori **SANGAT BAIK** dan sebanyak 7 satuan kerja dengan kategori **BAIK**.

Target nilai survey kepuasan pelanggan pada tahun 2017 adalah 80 dan satuan kerja yang mencapai nilai tertinggi yaitu Instalasi Teratai dengan nilai capaian **88.8** sedangkan nilai terendah adalah Instalasi Gawat Darurat dengan capaian nilai **77.6**

Dari hasil penilaian per unsur pelayanan didapat bahwa unsur **Kejelasan dan Kepastian petugas** mendapatkan nilai tertinggi dengan hasil **83.3** sedangkan unsur **kecepatan** pelayanan mendapat nilai terendah dengan hasil **79.8**.

Dari grafik diatas terlihat bahwa hasil survey kepuasan pelanggan di satuan kerja pelayanan RSUP Fatmawati pada tahun 2017 terdapat beberapa satuan kerja yang mendapatkan nilai melebihi target yang telah ditetapkan (target 80) yaitu 11 satuan kerja. Sedangkan 3 satuan kerja lainnya belum mencapai target walaupun nilai yang telah didapatkan dari hasil survey kepuasan pelanggan masih dibawah target tetapi setiap satuan kerja pelayanan selalu melakukan upaya-upaya untuk lebih baik lagi,.

Tabel 14 : kategori nilai berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat

NILAI INTERVAL KONVERSI IKM	MUTU PELAYANAN	KINERJA UNIT PELAYANAN
25 S/D 43,75	D	Tidak Baik
43,76 s/d 62,5	C	Kurang Baik
61,51 s/d 81,25	B	Baik
81.26 s/d 1,00	A	Sangat Baik

Keterangan tabel diatas sebagai hasil survey kepuasan pelanggan diatas dapat terlihat tolak ukur untuk menentukan posisi baik, dan sangat baik.

Hasil yang dicapai untuk tahun 2017 berada di kategori **Sangat Baik** dengan nilai **81.4**

b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target:

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. Rekomendasi:

Data yang disajikan dari hasil survey indeks kepuasan pelanggan setiap tahunnya, dapat dijadikan bahan acuan untuk meningkatkan nilai dari unsur-unsur penilaian untuk ditindaklanjuti menuju perbaikan.

Usaha yang dilakukan untuk meningkatkan nilai tersebut yaitu :

1. Kemudahan Pelayanan
 - Membuat akses dengan memasang petunjuk arah yang dapat dilihat langsung, materi jelas serta informatif untuk konsumen

- Sosialisasi alur pelayanan terhadap petugas frontliner dan papan informasi yang ada.
2. Kesesuaian Persyaratan
 - Meningkatkan sosialisasi tentang sistem rujukan melalui media informasi dan media edukasi
 - Memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti oleh pelanggan
 3. Kejelasan dan Kepastian Petugas
Adanya pembagian tugas yang dituangkan dalam uraian tugas untuk setiap SDM di setiap satuan kerja.
 4. Kedisiplinan Petugas
Memonitor kegiatan petugas oleh satuan kerja
 5. Tanggung Jawab Petugas
Adanya laporan hasil kerja petugas pemberi pelayanan
 6. Kemampuan Petugas
 - Melakukan tes kompetensi untuk seluruh SDM
 - Koordinasi dengan satuan kerja terkait dengan melibatkan komite.
 - Pendataan kebutuhan peningkatan ilmu sesuai bidangnya.
 7. Kecepatan Pelayanan
Evaluasi waktu tunggu pelayanan
 8. Keadilan Pelayanan
Membangun system transparansi pelayanan
 9. Kesopanan dan Keramahan
 - Memberikan pelatihan-pelatihan budaya melayani pelanggan
 - Budayakan 3 S (Senyum, Salam dan Sapa)
 10. Kewajaran Biaya
Melakukan koordinasi dengan Direktorat Keuangan
 11. Kesesuaian Biaya
Melakukan koordinasi dengan Direktorat Keuangan
 12. Jadwal Waktu Pelayanan
Kejelasan jadwal praktek pelayanan yang diinformasikan di setiap pelayanan
 13. Kenyamanan Pelayanan
Meningkatkan sarana dan prasarana RS
 14. Keamanan Pelayanan
Meningkatkan koordinasi antara Instalasi Promosi Kesehatan dan Hubungan Masyarakat dengan Bagian Umum

9. Tercapainya Sistem Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Indikator Kinerja :

12) Rasio PNBP Terhadap Biaya Operasional

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

a. Kondisi yang dicapai

Tabel 15 : Capaian Rasio PNBP terhadap biaya operasional

INDIKATOR	TH. 2016	TH. 2017			TARGET 2018	TARGET 2019
	REALISASI	TARGET	REALISASI	CAPAIAN (%)		
Rasio PNBP terhadap biaya operasional	72%	75%	75%	100	75%	75%

Berdasarkan tabel di atas, bahwa untuk realisasi atas rasio PNBP terhadap biaya operasional telah tercapai 100%, namun apabila dibandingkan dengan realisasi rasio PNBP terhadap biaya operasional tahun 2016 mengalami kenaikan. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan kemampuan dalam membiayai kegiatannya dan adanya penurunan alokasi biaya operasional di tahun 217 yang bersumber dari Rupiah Murni (RM).

b. Analisa atas keberhasilan pencapaian indikator

Dengan tercapainya target atas indikator Rasio PNBP Operasional terhadap Biaya Operasional (POBO) pada tahun 2017 sebesar 100%, didukung oleh beberapa hal sebagai berikut:

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

c. Upaya untuk mempertahankan/meningkatkan capaian indikator

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

Upaya-upaya yang akan dilakukan antara lain:

1. Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya diseluruh sektor;
2. Menyusun perencanaan kebutuhan yang tepat berdasarkan analisa data;
3. Menyusun anggaran berbasis kinerja dengan tidak menganut prinsip "*zero budget*" dimana jumlah biaya yang dikeluarkan harus sama dengan jumlah penerimaan dengan saldo awal;
4. Melakukan evaluasi dan perhitungan kembali terhadap proporsi bagi hasil atas pelayanan KSO untuk meminimaliasir kerugian;
5. Melakukan evaluasi terhadap layanan yang memiliki *gap* (kesenjangan) tertinggi antara tarif RS dengan tarif INA CBGs.

**PAGU ANGGARAN DIPA PENDAPATAN DAN DIPA RUPIAH MURNI
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
TAHUN 2017**

KODE MAK	URAIAN	PAGU ANGGARAN		KENAIKAN	
		SEMULA	MENJADI	RUPIAH	%
2094.506	Gedung Layanan	30.000.000.000	30.000.000.000	-	-
2094.507	Sarana dan Prasarana	4.600.000.000	17.338.000.000	13.338.000.000	283,40
2094.508	Layanan Operasional RS	402.450.000.000	400.000.755.000	(1.544.245.000)	-0,39
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	191.070.805.000	191.924.631.000	853.826.000	0,45
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	8.800.000.000	8.922.662.000	122.662.000	1,39
2094.994	Layanan Perkantoran	141.308.384.000	141.308.384.000	-	-
JUMLAH		782.879.189.000	796.917.490.000	14.038.301.000	1,79

Sehubungan dengan pagu anggaran yang berubah, semula Rp. 782.879.189.000,- menjadi Rp. 796.917.490.000,- (1,79%). Kenaikan sebesar 1,79% dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

- Adanya Instruksi Presiden RI Nomor 4 tahun 2017 tentang Efisiensi Belanja Barang Kementerian/Lembaga dalam Pelaksanaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara tahun anggaran 2017 dan surat dari Kementerian Kesehatan tentang efisiensi Belanja Barang Kementerian/Lembaga Tahun 2017 untuk RSUP Fatmawati telah melaksanakan efisien untuk belanja Obat-obatan sebesar Rp 1.500.000.000.
- Revisi Anggaran (*Refocusing*) dari pemerintah (Rupiah Murni) untuk yang dialokasikan peruntukan :

- Belanja Modal Alat Kesehatan Rp 10.995.475.000
- Belanja Modal Alat Non Medik Rp 2.189.000.000
- Belanja Barang Farmasi / Obat Rp 2.353.826.000

Jumlah Rp 15.538.301.000

**PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA
RSUP FATMAWATI TAHUN 2017**

NO	SASARAN STRATEGIS	NO	JUDUL INDIKATOR	SATUAN	TARGET	REALISASI	PENCAPAIAN	PIC
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	%	80%	91,65%	114,56	BAGIAN SDM
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras medik dan non medik sesuai standar	%	70%	55,49%	79,27	BAGIAN UMUM & BIDANG FASMED
		3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	%	65%	79,45%	122,23	K3 & KPPI
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4	% Tingkat integrasi sistem informasi	%	75%	79,20%	105,60	ISIRS
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	Judul	20	27	135,00	KOMLITBANG
		6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	%	80%	82,27%	102,84	BIDANG PELY. MEDIK & BAGIAN DIKLIT
5	Tercapainya Supply Chain Management System	7	% Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	%	100%	100,00%	100,00	BAGIAN UMUM
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	Program	1	2	200,00	BAGIAN DIKLIT
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan Identifikasi Pasien	%	100%	96,50%	96,50	BID. PELY. KEP
		10	Penerapan Keselamatan Operasi	%	100%	100%	100,00	IBS
8	Tercapainya peningkatan aksebilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks Kepuasan Pelanggan	%	80%	81,40%	101,75	IPKH
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNPB terhadap biaya operasional	%	75%	75%	100,00	BAGIAN AKUNTANSI
Rata - rata Pencapaian							113,15	

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 2017 sebesar 113,15% sedangkan capaian kinerja menggunakan Dana DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2017 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 707.251.644.986,- atau 88,75 % dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp. 796.917.490.000,- .

SUMBER DAYA LAINNYA

1. Sumber Daya Manusia

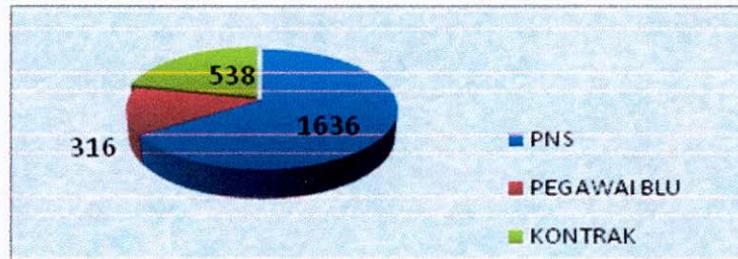
Sumber Daya Manusia di RSUP Fatmawati per 31 Desember 2017 sejumlah 2.490 pegawai, dengan kriteria kepegawaian sebagai berikut :

SUMBER DAYA MANUSIA PEGAWAI NEGERI SIPIL TAHUN 2017

NO	URAIAN	JANUARI TH 2017	TAMBAH	KURANG	DESEMBER TH 2017
1	Menurut Golongan				
	PNS Gol IV	211	4		215
	PNS Gol III	1.043		5	1.038
	PNS Gol II	431		48	383
	PNS Gol I	6		6	-
	Jumlah	1.691	4	59	1.636
2	Menurut Jenis Profesi				
	Tenaga Medis	254		5	249
	Tenaga Medis Keperawatan	633		19	614
	Tenaga Paramedis Keperawatan	39		2	37
	Tenaga Paramedis Non Keperawatan	262		6	256
	Tenaga Non Medis	503		23	480
	Jumlah	1.691	-	55	1.636

SUMBER DAYA MANUSIA NON PEGAWAI NEGERI SIPIL TAHUN 2017

NO	URAIAN	JANUARI TH 2017	TAMBAH	KURANG	DESEMBER TH 2017
1	Menurut Golongan				
	Gol III	172	24		196
	Gol II	651	3		654
	Gol I	5		1	4
	Jumlah	828	27	1	854
2	Menurut Jenis Profesi				
	Tenaga Medis	28	5		36
	Tenaga Medis Keperawatan	444	16		460
	Tenaga Paramedis Keperawatan	20		4	16
	Tenaga Paramedis Non Keperawatan	89	5		94
	Tenaga Non Medis	247	1		248
	Jumlah	828	27	4	854



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

- a. Konsultan keuangan (1 orang);
- b. Konsultan hukum (1 orang);
- c. Tenaga ahli bangunan (1 orang);
- d. Satpam;
- e. Cleaning service (7 orang *supervisor*, 12 orang *leader* dan 314 *cleaner* sehingga total berjumlah 333 orang)

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

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

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

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

2. Sumber Daya Sarana Dan Prasarana

Sedangkan laporan berdasarkan penatausahaan barang milik negara meliputi kegiatan pencatatan, pendaftaran, pembukuan dan pelaporan barang milik negara (BMN) maka Laporan Tahunan Inventaris yang dibuat sampai dengan tgl 31 Desember 2017 tercatat sebagai berikut :

LAPORAN PENGELOLAAN SUMBER DAYA SARANA DAN PRASARANA RSUP FATMAWATI TAHUN 2017

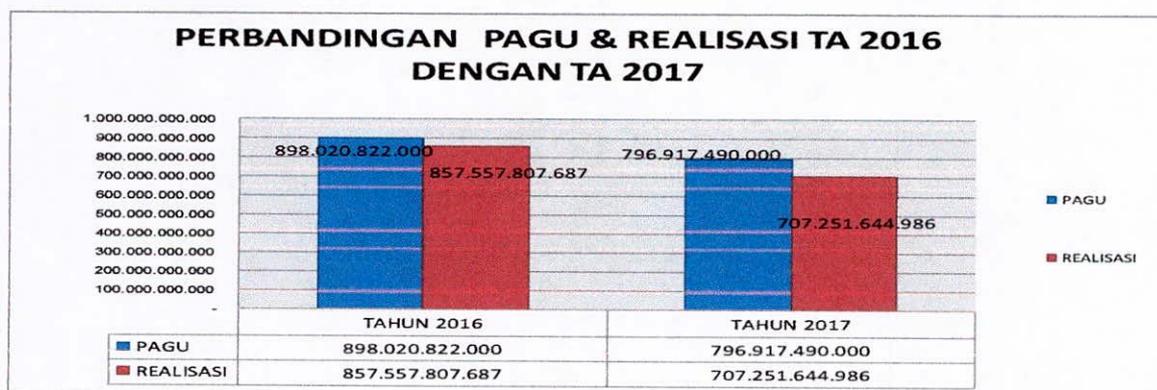
a. BMN INTRAKOMTABEL		
Posisi Awal (1 Januari 2017)	Rp	2.141.199.373.375
Penambahan	Rp	3.386.222.849.888
Pengurangan	Rp	296.424.102.774
Posisi Akhir (31 Desember 2017)	Rp	5.230.998.120.489
b. BMN EKSTRAKOMTABEL		
Posisi Awal (1 Januari 2017)	Rp	583.746.539
Penambahan	Rp	-
Pengurangan	Rp	-
Posisi Akhir (31 Desember 2017)	Rp	583.746.539
c. BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA		
Posisi Awal (1 Januari 2017)	Rp	2.141.783.119.914
Penambahan	Rp	3.386.222.849.888
Pengurangan	Rp	296.424.102.774
Posisi Akhir (31 Desember 2017)	Rp	5.231.581.867.028
d. BMN ASET TAK BERWUJUD		
Posisi Awal (1 Januari 2017)	Rp	2.909.138.453
Penambahan	Rp	-
Aset Definitif	Rp	-
Posisi Akhir (31 Desember 2017)	Rp	2.909.138.453
e. KONTRUKSI DALAM Pengerjaan		
Posisi Awal (1 Januari 2017)	Rp	91.605.742.739
Penambahan	Rp	-
KDP Aset Definitif	Rp	-
Posisi Akhir (31 Desember 2017)	Rp	91.605.742.739

B. REALISASI ANGGARAN

REALISASI PENYERAPAN ANGGARAN DIPA PENDAPATAN DAN DIPA RUPIAH MURNI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI TAHUN 2017

KODE MAK	URAIAN	ALOKASI	REALISASI		SISA ANGGARAN	
			RUPIAH	%	RUPIAH	%
1	2	3	4	5 = (4/3X100)	6 = (3-4)	7 = (6/3X100)
2094.506	Gedung Layanan	30.000.000.000	71.586.900	0,24	29.928.413.100	99,76
2094.507	Sarana dan Prasarana	7.336.000.000	5.683.159.749	77,47	1.652.840.251	22,53
2094.508	Alat Kesehatan	16.520.058.000	15.971.621.964	96,68	548.436.036	3,32
2094.509	Layanan Operasional RS	400.905.755.000	380.049.937.719	94,80	20.855.817.281	5,20
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	191.924.631.000	177.330.030.667	92,40	14.594.600.333	7,60
2094.951	Layanan Internal (Overhead)	8.922.662.000	6.775.605.493	75,94	2.147.056.507	24,06
2094.994	Layanan Perkantoran	141.308.384.000	121.369.702.494	85,89	19.938.681.506	14,11
	JUMLAH	796.917.490.000	707.251.644.986	88,75	89.665.845.014	11,25

Realisasi penyerapan anggaran DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2017 sebesar Rp. 707.251.644.986,- atau 88,75% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp. 796.917.490.000,-



Dari Grafik diatas dapat disimpulkan Pagu Anggaran Tahun 2017 mengalami penurunan sebesar 11,26% dari Tahun 2016 dan Realisasinya pun menurun sebesar 17,53%. Dari tahun 2016. Salah satu penyebab turunnya realisasi karena target penerimaan yang semula ditetapkan sebesar Rp 600.000.000.000 tetapi realisasi penerimaan tahun 2017 538.769.753.322 dan pembangunan lanjutan gedung rawat inap anggrek lantai 4-6 yang tidak dilaksanakan di tahun 2017 disebabkan adanya perubahan kebijakan pimpinan.

BAB IV

PENUTUP

Laporan Kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2017 merupakan pertanggungjawaban kinerja RSUP Fatmawati kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI selama kurun waktu satu tahun, dimana telah tertuang di dalam Penetapan Kinerja yang merupakan dokumen pernyataan kinerja / kesepakatan kinerja / perjanjian kinerja.

Hasil dari pencapaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2017 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 113,15% dengan penyerapan anggaran sebesar 88,75%, hal ini menunjukkan kemampuan anggaran yang ada menghasilkan kinerja yang optimal di RSUP Fatmawati telah tercapai.

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

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

LAMPIRAN – LAMPIRAN

LAMPIRAN – LAMPIRAN

A. FORM RENCANA KINERJA TAHUNAN

RENCANA KINERJA TAHUNAN

Unit : RSUP Fatmawati
Tahun Anggaran : 2017

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET TH 2017
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1 % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	80%
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2 % Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%
		3 % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4 % Integrasi sistem informasi	75%
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5 Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	20
		6 % Pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80%
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7 % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8 Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9 Ketepatan Identifikasi pasien	100%
		10 Penerapan Keselamatan Operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11 Indeks Kepuasan Pelanggan	80%
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12 Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75%



 Desember 2016
 Direktur Utama RSUP Fatmawati
 DIREKTUR UTAMA
 RSUP FATMAWATI
 Dr. Andi Wahyuningsih, A. Sp.An, KIC, MARS
 NIP : 19570802 198710 2 001

B. PERNYATAAN PERJANJIAN KINERJA



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017

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 Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta
Kementerian Kesehatan RI

Selanjutnya disebut pihak pertama

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

Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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



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



dr. Andi Wahyuningsih A, Sp.An, KIC, MARS
NIP. 195708021987102001

PERJANJIAN KINERJA

Unit Organisasi : RSUP Fatmawati Jakarta
Tahun : 2017

No (1)	Sasaran Kegiatan (2)	Indikator Kinerja (3)	Target (4)
1	Terwujudnya Peningkatan Komitmen SDM dalam Pengembangan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	1 Persentase pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	80%
2	Terpenuhinya Sumber Daya sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien	2 Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%
		3 Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%
3	Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi	4 Persentase integrasi sistem informasi	75%
4	Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian	5 Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	20
		6 Persentase pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80%
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7 Persentase tindak lanjut evaluasi kerjasama layanan kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8 Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9 Ketepatan identifikasi pasien	100%
		10 Penerapan keselamatan operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11 Indeks kepuasan pelanggan	80%
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12 Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75%

Jumlah Anggaran : Rp. 782.879.189.000,-



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



Jakarta, 6 Januari 2017
dr. Andi Wahyuningsih A, Sp.An, KIC, MARS
NIP. 195708021987102001

C. REVISI PERJANJIAN KINERJA (PENGANTIAN DIREKTUR UTAMA)



DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017

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

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

selanjutnya disebut pihak pertama

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

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Juli 2017

Pihak Kedua

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



Pihak Pertama

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

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2017
RSUP FATMAWATI**

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya Peningkatan Komitmen SDM dalam Pengembangan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	1 Persentase Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	80%
2	Terpenuhinya Sumber Daya sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien	2 Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%
		3 Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%
3	Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi	4 Persentase integrasi sistem informasi	75%
4	Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian	5 Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	20
		6 Persentase pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80%
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7 Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerja sama layanan kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8 Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9 Kelepatan identifikasi pasien	100%
		10 Penerapan keselamatan operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11 Indeks kepuasan pelanggan	80%
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12 Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75%

Kegiatan

Anggaran

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

Rp 782.879.189.000,-

Jakarta, Juli 2017

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama,



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

D. FORM PENGUKURAN KINERJA

PENGUKURAN KINERJA

Unit Kerja : RSUP Fatmawati
Tahun Anggaran : 2017

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2017		
			TARGET	REALISASI	PENCAPAIAN
1	2	3	4	5	6 = (5/4x100%)
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1 % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	80%	91,65%	114,56
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2 % Pemenuhan kebutuhan sarpras Alat Kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%	65,00%	92,86
		3 % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%	79,45%	122,23
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4 % integrasi sistem informasi	75%	79,20%	105,60
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5 Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	20	27	135,00
		6 % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80%	82,27%	102,84
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7 % Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	100%	100,00%	100,00
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8 Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1	2	200,00
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9 Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	96,50%	96,50
		10 Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100%	100,00
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11 Indeks Kepuasan Pelanggan	80%	81,40%	101,75
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12 Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75%	75%	100,00
Rata - rata Pencapaian					114,28

E. SK TIM LAKIP

231



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
Jl. RS. Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan Telp. 021-7501524, 7660552 (Hunting)
Fax. 021-7590123, E-mail: rsupf@fatmawathospital.com Website: www.fatmawathospital.com



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

MASTER

TENTANG
TIM PENYUSUN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RSUP FATMAWATI

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Menimbang :

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

Mengingat :

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

MEMUTUSKAN :

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

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

Kedua : Tim bertugas menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati.





KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

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



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

SUSUNAN KEANGGOTAAN TIM LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

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

DIREKTUR UTAMA,

MOCHAMMAD SYAFAK HANUNG
NIP. 196010091986101002





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



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

- Ketiga** : Dalam melaksanakan tugasnya Tim berfungsi :
1. Menyiapkan bahan dan data untuk penyusunan Lakip RSUP Fatmawati.
 2. Melakukan analisa dan evaluasi laporan capaian Rencana Strategis dan Bisnis (RSB) RSUP Fatmawati.
 3. Mensosialisasikan hasil evaluasi ke Satuan Kerja terkait untuk ditindaklanjuti dengan rencana aksi.
 4. Melaporkan hasil kegiatan Tim secara berkala (bulanan, triwulan, semester, tahunan) sesuai yang tercantum pada kamus Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015-2019 kepada Direktur Utama RSUP Fatmawati.
- 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.1/887/2017 tanggal 5 September 2017 tentang Tim Penyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati dan semua ketentuan lain yang bertentangan, dinyatakan tidak berlaku lagi.
- Keenam** : Keputusan ini berlaku dihitung 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 : 16 November 2017

DIREKTUR UTAMA,

MOCHAMMAD SYAFAK HANUNG
NIP 1960 10091986101002

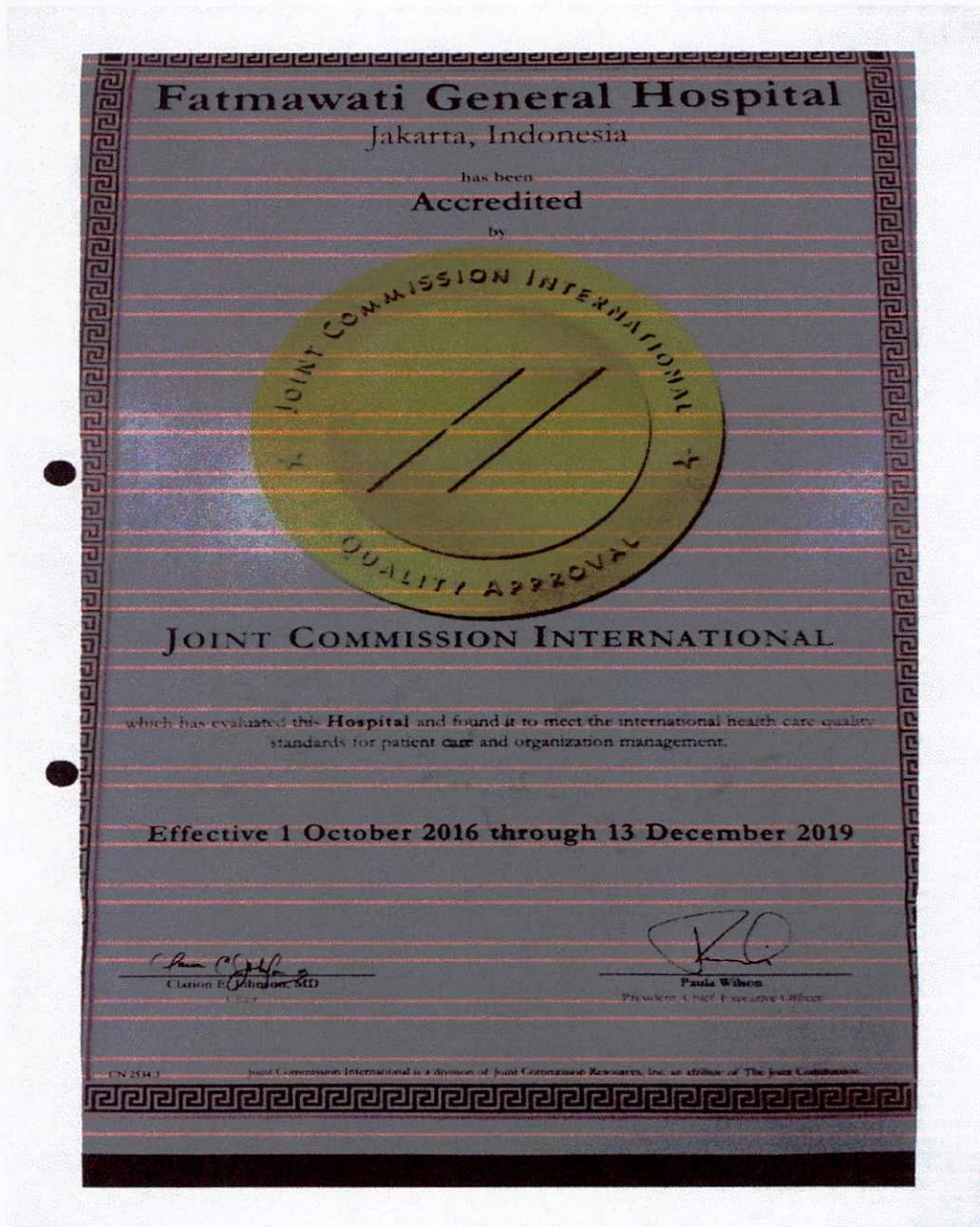
Tembusan :

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



F. PENGHARGAAN YANG DIPEROLEH RSUP FATMAWATI TAHUN 2017

PENGHARGAAN J CI



SERTIFIKAT AKREDITASI RS



PIAGAM PENGHARGAAN SEBAGAI LAYANAN KESEHATAN MEMENUHI KETAATAN PROGRAM PERINGKAT KINERJA LINGKUNGAN TAHUN 2017

Piagam Penghargaan Layanan Kesehatan Provinsi DKI Jakarta



PENGHARGAAN DALAM PAGE REGIONAL CONGRESS TAHUN 2017



PENGHARGAAN LAKIP TERBAIK TAHUN 2016 YANG DIBERIKAN TAHUN 2017



PENGHARGAAN PERINGKAT KE II PENGHARGAAN GREEN HOSPITAL



