



# LKj 2019

## 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](mailto:rsupf@fatmawatihospital.com) ; Website:  
[www.fatmawatihospital.com](http://www.fatmawatihospital.com)

## KATA PENGANTAR



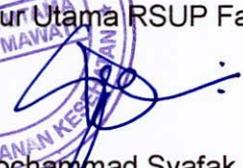
Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Fatmawati dapat diselesaikan dengan baik. Hal ini tidak lain adalah berkat rahmat Allah SWT serta kerja sama dan koordinasi yang penuh semangat diseluruh jajaran manajemen maupun fungsional.

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

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

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

Jakarta, Januari 2020  
Direktur Utama RSUP Fatmawati



Dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH  
NIP : 196010091986101002

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF

BAB I : PENDAHULUAN

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

BAB II : PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja	6
B. Perjanjian Kinerja	11

BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi	14
B. Realisasi Anggaran	58

BAB IV : PENUTUP 60

LAMPIRAN – LAMPIRAN

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Dengan ditetapkannya RSUP Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI, maka RSUP Fatmawati sebagai Instansi Pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Kinerja (LKj). LKj RSUP Fatmawati disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas, dan berisi hasil pengukuran kinerja dari sasaran strategis yang telah ditetapkan selama tahun 2019. Hasil pengukuran kinerja yang telah ditetapkan selama tahun 2019 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 2019 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 90%
2. Sasaran Strategis: Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien
  - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
    - 1) % Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar 90%
    - 2) % Pemenuhan kebutuhan sarana prasarana pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar 90%
3. Sasaran Strategis: Terwujudnya sistem informasi terintegrasi
  - Indikator Kinerja / *Key Performance Indicator* (KPI) :
    - 1) % Integrasi sistem informasi dengan target 85%
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 30
    - 2) % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi 100%

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

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

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

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

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

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

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

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

1) Ketepatan identifikasi pasien 100%

2) Penerapan keselamatan operasi 100%

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

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

1) Indeks kepuasan pelanggan 80%

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

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

1) Rasio PNBPN terhadap biaya operasional 75%

Capaian indikator kinerja rata-rata sudah lebih dari 100%, bisa diasumsikan arah gerak strategi dalam memenuhi visi misi sudah sesuai dengan harapan dengan rata-rata capaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2019 sebesar **119,86%**. Sedangkan capaian kinerja menggunakan Dana DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2019 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 813.819.586.887,- atau 91,03% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp 894.001.780.000,- .

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

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

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

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

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

## **B. MAKSUD DAN TUJUAN**

Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati tahun 2019 disusun sebagai bentuk pertanggung-jawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas dalam kurun waktu tahun 2019. Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati merupakan rangkuman dari suatu proses evaluasi kinerja dari masing-masing Direktorat dan Unit Kerja yang ada di RSUP Fatmawati. Diharapkan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati dapat merefleksikan manajemen RSUP Fatmawati yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi kepada hasil.

## **C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI**

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

### **1. Tugas Pokok RSUP Fatmawati :**

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

### **2. Fungsi RSUP Fatmawati yaitu menyelenggarakan :**

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

## Susunan Direksi RSUP Fatmawati



Direktur Utama RSUP Fatmawati  
Dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH



Direktur Medik dan Keperawatan  
Dr. Loli J. Simanjuntak, Sp.PD, MARS

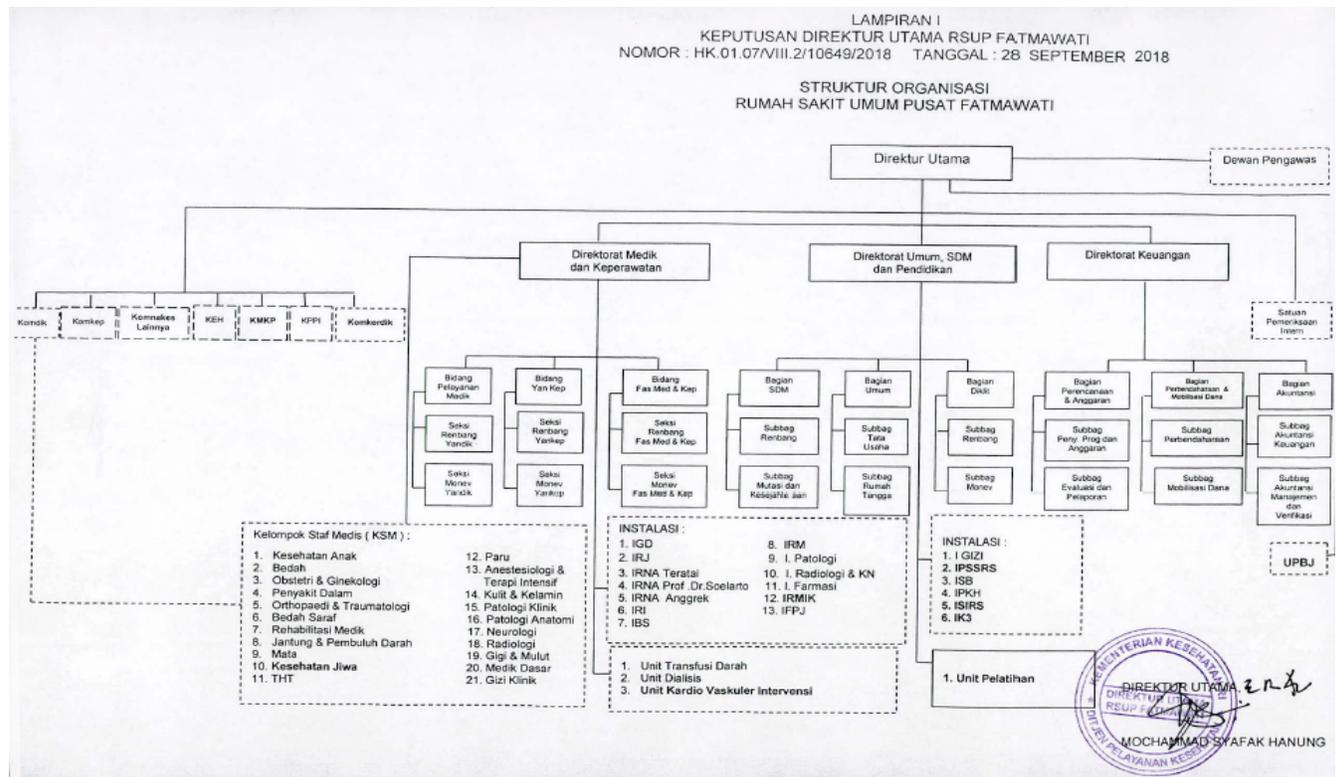


Direktur Umum, SDM dan Pendidikan  
G.K. Wirakamboja, SKM, MPS



Direktur Keuangan  
Erwin Susanto, SE

## Struktur Organisasi RSUP Fatmawati :



Sebagaimana tersaji dalam diagram di atas, struktur organisasi RSUP Fatmawati terdiri atas 3 (tiga) Direktorat, 7 (tujuh) Komite dan Satuan Pemeriksaan Intern (SPI). Dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, pelaksanaan kegiatan RSUP Fatmawati didukung oleh sumber daya manusia per 31 Desember 2019 sebanyak 2.367 pegawai yang terdiri dari 1.606 orang PNS dan 761 orang Non PNS.

### D. SISTEMATIKA PENULISAN

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

Dari analisa atas capaian kinerja diharapkan dapat diidentifikasi berbagai informasi untuk perbaikan kinerja di masa yang akan datang. Adapun Sistematika Penulisan Laporan Kinerja ( LKj) RSUP Fatmawati Tahun 2019 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 2019.
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 2019 dan langkah selanjutnya untuk meningkatkan kinerja organisasi.

## **5. Lampiran**

## BAB II PERENCANAAN KINERJA

### A. PERENCANAAN KINERJA

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

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

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

**Indikator :**

Persentasi pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar

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

**Indikator :**

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

3. Terwujudnya sistem informasi terintegrasi

**Indikator :**

Persentasi integrasi sistem informasi

4. Terwujudnya integrasi sistem pelayanan, pendidikan dan penelitian.

**Indikator :**

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

5. Tercapainya supply chain management

**Indikator :**

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

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

**Indikator :**

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

7. Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien

**Indikator :**

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

8. Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal

**Indikator :**

Indeks kepuasan pelanggan

9. Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya

**Indikator :**

Rasio PNBK terhadap biaya operasional

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

### **Program Kerja Strategis**

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

**a) Program kerja strategis yang bersifat pemantapan :**

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

**b) Program kerja strategis yang bersifat perbaikan :**

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

**c) Program kerja strategis yang bersifat pengembangan :**

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

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

NO	KPI	PIC	PROGRAM KERJA TAHUN 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"><li>• Pemenuhan kebutuhan SDM layanan unggulan <i>spine</i> &amp; trauma</li><li>• Pengembangan kompetensi SDM melalui pendidikan dan penelitian sesuai layanan unggulan <i>spine</i> &amp; trauma</li><li>• Evaluasi kompetensi SDM sesuai standar layanan unggulan</li></ul>
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"><li>• Pemenuhan 90% sarana dan prasarana alat medik kesehatan yang sesuai standar pelayanan unggulan <i>spine</i> dan trauma.</li><li>• Pembangunan Gedung Spine dan Trauma Center Tahap 2</li></ul>
3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3	Dir USP KPPI K3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pembangunan tahap II gedung layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma</li><li>• Pemenuhan sarana dan prasarana gedung layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma sesuai standar PPI dan K 3</li><li>• Operasional gedung layanan unggulan <i>spine</i> dan trauma sesuai standar PPI dan K 3</li></ul>

NO	KPI	PIC	PROGRAM KERJA TAHUN 2019
4	% Integrasi sistem informasi	Dir Keu ISIRS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengembangan dan Implementasi Aplikasi RS e <i>medical record</i></li> <li>• Lanjutan Aplikasi RS terintegrasi Barang Persediaan Medik dan Non Medik, SDM (<i>Back Office</i>)</li> <li>• Pengembangan lanjutan Sistem Informasi Indikator Mutu Terintegrasi</li> <li>• Komunikasi data antar institusi</li> </ul>
5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	DMK Dir USP Bag Diklit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publikasi penelitian Internasional (30%)</li> </ul>
6	% Pelaksanaan supervisi PPDS/PPDGS oleh DPJP sesuai level kompetensi	DMK Dir USP Komkep Bag Diklit Komkordik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaporan setiap bulan</li> <li>• Evaluasi</li> <li>• <i>Feed back</i> setiap 3 bulan</li> </ul>
7	% Evaluasi kerjasama layanan kontrak (SDM, Farmasi dan alat kesehatan medik)	Dir Keu DMK Dir USP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melakukan evaluasi kerjasama layanan kontrak dari hasil kerja pihak ketiga sesuai kontrak setiap 3 bulan</li> <li>• Tindak lanjut hasil evaluasi</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Koordinasi dg KSM, Bid Kep, Kom Kep dan Penunjang Kesehatan lain</li> <li>• Penyusunan dokumen PKS</li> <li>• Visitasi</li> <li>• Penyusunan dan pengesahan kurikulum &amp; modul</li> <li>• Pelaksanaan Pelatihan</li> <li>• Evaluasi Pelatihan</li> <li>• Evaluasi modul dan PKS</li> <li>• Umpan balik dan rencana tindak lanjut</li> </ul>
9	Indeks Kepuasan Pelanggan	Direksi IPKH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survey Kepuasan Pelanggan</li> <li>• Akreditasi RS</li> </ul>
10	Ketepatan Identifikasi Pasien	DMK KMKP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Review Kebijakan dan prosedur terkait sasaran keselamatan pasien</li> <li>• Evaluasi hasil pemantauan Ketepatan identifikasi pasien</li> </ul>

11	Penerapan keselamatan operasi	DMK KMKP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Review Kebijakan dan dan prosedur terkait Penerapan keselamatan Operasi</li> <li>• Evaluasi hasil pemantauan kepatuhan penerapan keselamatan pasien</li> </ul>
12	% Tingkat Pencapaian POBO	Direksi SPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peningkatan BOR</li> <li>• Pengendalian ALOS</li> <li>• Evaluasi Kinerja Keuangan <i>Revenue Center</i></li> <li>• Percepatan Klaim</li> <li>• Evaluasi KSO</li> </ul>

**Tabel II. 3. Program Kerja Strategis Tahun 2019**

Terdapat perubahan pagu anggaran, yang semula Rp. 746.853.683.000,- menjadi Rp. 894.001.780.000,- (19.70%). Kenaikan sebesar 19,70% dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

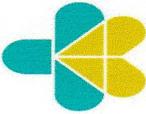
1. Revisi alokasi anggaran karena adanya penambahan alokasi Gaji dan Tunjangan yang berasal dari rupiah murni (2094.994) sebesar Rp 12.775.278.000, sehingga alokasi anggaran (2094.994) yang semula Rp 122.893.843.000,- dengan adanya penambahan alokasi tersebut berubah menjadi Rp 135.669.121.000,-
2. Surat dari Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI Nomor : PR.04.02/I/2463/2019 tanggal 29 Juli 2019 perihal Permintaan kelengkapan dokumen usulan penggunaan Dana Insentif Kementerian Kesehatan TA 2019. Dari alokasi anggaran Dana Insentif tahun 2019 untuk alokasi anggaran yang disetujui untuk RSUP Fatmawati sebesar Rp 2.500.000.000 yang diperuntukan untuk pengadaan Obat-obatan dan BMHP.
3. Surat dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : PR.04.02/I/3858/2019 tanggal 2 September 2019, perihal Usulan Realokasi Anggaran Ditjen Pelayanan Kesehatan TA 2019. Dari usulan Realokasi Anggaran RSUP Fatmawati mendapatkan sebesar Rp 118.807.131.000, sebagai dana APBNP TA 2019 yang telah ditentukan peruntukannya untuk 2 (dua) jenis pembelanjaan sebagai berikut :

•	Belanja Modal Alat Kesehatan	Rp 34.500.659.000
•	Belanja Barang Farmasi / Obat	<u>Rp 84.306.472.000</u>
	<b>Jumlah</b>	<b>Rp 118.807.131.000</b>

4. Penggunaan Saldo Awal tahun 2019 sebesar Rp 13.065.688.736 yang dialokasikan untuk belanja Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai.

## B. PERJANJIAN KINERJA

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

<b>DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RSUP FATMAWATI JAKARTA</b>	
	
<b>PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019</b>	
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 RSUP Fatmawati Jakarta
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, 19 Desember 2018	
Pihak Kedua,	Pihak Pertama,
 dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS NIP 196108201988121001	 dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH NIP 196010091986101002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019**  
**RSUP FATMAWATI JAKARTA**

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	90%
2	Terpenuhinya Sumber Daya sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien	2	Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	90%
		3	Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	90%
3	Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi	4	Persentase integrasi sistem informasi	85%
4	Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	30
		6	Persentase pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	100%
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7	Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerja sama layanan kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan identifikasi pasien	100%
		10	Penerapan keselamatan operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks kepuasan pelanggan	80
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNBK terhadap biaya operasional	75%

**Kegiatan**

**Anggaran**

1. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rp 746.853.683.000,-

Jakarta, 19 Desember 2018

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama,



dr. M. Saifak 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 Rencana Strategis Bisnis RSUP Fatmawati tahun 2017 – 2019. Masing-masing sasaran strategi mempunyai indikator kinerja yang telah ditargetkan dengan capaian sebagai berikut :

NO	SASARAN STRATEGIS	NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	90%	100%	111,11
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras medik dan non medik sesuai standar	90%	94,15%	104,60
		3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	90%	84,66%	94,07
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4	% Tingkat integrasi sistem informasi	85%	87,50%	102,94
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	30	32	106,67
		6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	100%	94,14%	94,14
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7	% Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	100%	100%	100
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1	3	300
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	97,89%	97,89
		10	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100%	100
8	Tercapainya peningkatan akseibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks Kepuasan Pelanggan	80%	79,10%	98,88
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75%	96,03%	128,04
			<b>RERATA</b>			<b>119,86</b>

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

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

**Indikator Kinerja :**

**1) Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai standar**

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

**a. Kondisi yang dicapai :**

**Capaian Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM Sesuai Standar**

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai Standar	80%	91,65%	114,56	85%	100%	117,65	90%	100%	111,11

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 111,11%
2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasi tahun 2019 nilainya sama namun karena target di tahun 2019 lebih tinggi sehingga terlihat pencapaiannya menurun sebesar 6,54
3. Jika dibandingkan dengan Realisasi tahun 2018 dan tahun 2017, Realisasi tahun 2019 sama dengan realisasi Tahun 2019 tetapi pencapaiannya lebih rendah dikarenakan target yang ditetapkan di tahun 2019 lebih tinggi dibandingkan target ditahun sebelumnya.

### **b. Analisa Pencapaian Target :**

Realisasi Persentase Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai standar Tahun 2019 adalah **100%** dari target Indikator yang ditetapkan dalam RSB sebesar 90% sehingga pencapaiannya **111,11%**. Dalam pencapaiannya indikator ini melebihi target, karena beberapa SDM yang masuk dalam TIM Spine dan Trauma secara keseluruhan sudah memiliki sertifikasi terhadap pendidikan/ pelatihan Orthopedi spesialis Spine, Rehabilitasi Medik dengan spesialisasi spine, saraf dan spesialisasi saraf belakang.

### **c. Rekomendasi rencana tindak lanjut:**

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

## **2. Terpenuhinya Sumber Daya Sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien**

### **Indikator Kinerja :**

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

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

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

Capaian indikator diperoleh dari nilai rata-rata realisasi pemenuhan kebutuhan sarana prasarana medik dan non medik tahun 2019 atau dengan formula sebagai berikut:

- Capaian pemenuhan sarana prasarana alat kesehatan medik:

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

Jumlah seluruh sarpras alkes medik yang dibutuhkan

- Sedangkan formula Capaian pemenuhan sarana prasarana non medik:

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

Jumlah seluruh sarpras non medik yang dibutuhkan

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

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

2

**a. Kondisi yang dicapai :**

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

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	R	R	C
Persentase Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	70%	55,49%	79,27	80%	83,90%	104,88	90%	94,15	104,60

**Capaian indikator untuk pemenuhan alat kesehatan medik pada layanan spine dan trauma sesuai standar tahun 2019 :**

$\frac{\text{Jumlah sarpras alkes medik yang terealisasi}}{\text{Jumlah seluruh sarpras alkes medik yang dibutuhkan}} \times 100\% = \frac{211}{239} \times 100\% = 88,3\%$

Jumlah seluruh sarpras alkes medik yang dibutuhkan 239

**Capaian indikator untuk pemenuhan alat kesehatan non medik pada layanan spine dan trauma sesuai standar tahun 2019 :**

$\frac{\text{Jumlah sarpras non medik yang terealisasi}}{\text{Jumlah seluruh sarpras non medik yang dibutuhkan}} \times 100\% = \frac{18}{18} \times 100\% = 100\%$

Jumlah seluruh sarpras non medik yang dibutuhkan 18

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

=  $\frac{88,3\% + 100\%}{2} = 94,15\%$

2

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 104,60%
2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasi tahun 2019 meningkat sebesar 10,25% .
3. Jika dibandingkan dengan Realisasi tahun 2018 dan tahun 2017, Realisasi tahun 2019 mengalami peningkatan karena telah terpenuhinya kebutuhan alat medik yang diadakan secara bertahap, walaupun di tahun 2019, belum dapat dipenuhi secara keseluruhan.

**b. Analisa Penyebab Ketidakberhasilan/Permasalahan :**

**Pemenuhan kebutuhan sarana prasana alat kesehan non medik sudah terpenuhi 100% sehingga dalam pelaksanaannya tidak ditemukan permasalahan, tetapi untuk alat kesehatan medis dalam pelaksanaannya masih ditemukan permasalahan diantaranya adalah sebagai berikut:**

- Keterbatasan anggaran untuk pemenuhan alat medik layanan unggulan spine dan trauma. Alokasi untuk pemenuhan alat medik menggunakan anggaran APBN tahun 2019 sebesar Rp 18.463.254.000,- (delapan belas milyar empat ratus enam puluh tiga dua ratus lima puluh empat ribu rupiah) dari anggaran PNBPN yang tersedia untuk pemenuhan layanan unggulan spine dan trauma dialokasikan sebesar Rp 550.000.000,- ( lima ratus lima puluh juta rupiah), berupa alat medik 1 unit ESWT(Electromagnetic Shock wave Therapy) dan 1 unit pulse oksimetri sebesar Rp 1.035.000,- (satu juga tiga puluh lima ribu rupiah) atau 3% dari total anggaran APBN.
- Terbatasnya alokasi anggaran untuk pemenuhan spine dan trauma dikarenakan rumah sakit Fatmawati Tahun 2019 mengutamakan untuk menggantikan alat medik kerjasama operasional (KSO), sehingga diharapkan dengan penggantian alat KSO dapat mengurangi ketergantungan KSO secara bertahap. Penggantian alat KSO tahun 2019 adalah alat CT Scan 128 slice yang ada di IGD, KSO CT Scan yang akan berakhir pada maret tahun 2020.

**c. Alternatif pemecahan masalah:**

- ✚ Meningkatkan pendapatan rumah sakit sehingga tersedia anggaran yang cukup untuk pemenuhan layanan unggulan spine dan trauma.
- ✚ Memprioritaskan pengadaan alat medik untuk layanan unggulan spine dan trauma center baik dari anggaran APBNP maupun PNBPN.
- ✚ Review kembali daftar kebutuhan alat medik spine dan trauma center.

**d. Upaya yang telah dilakukan:**

1. Pemenuhan alat medik sampai dengan Januari – Juni 2019 untuk pelayanan unggulan berupa:
  - ✚ 1 unit ESWT ( Electromagnetic Shock Wave Therapy) sebesar Rp 550.000.000,-(lima ratus lima puluh juta rupiah)
  - ✚ 1 unit Pulse Oksimetri sebesar Rp 1.035.000,- ( satu juta tiga puluh lima ribu rupiah)
  - ✚ 1 unit Waterpass
  - ✚ 1 unit Plumblin
2. Bahwa RSUP Fatmawati mendapatkan dana APBNP dan mengalokasikan untuk pemenuhan alat medik yaitu Tower Endoscopic Spine sebesar Rp 1.241.576.681,- dan Instrumen PSLD dan PELD sebesar Rp 1.070.800.000,-
3. Monitoring dan Evaluasi pemenuhan kebutuhan alat medik untuk pelayanan spine dan trauma.

**Indikator Kinerja :**

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

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

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

- Capaian pemenuhan sarana prasarana pengendalian Infeksi sesuai standar:

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

- Sedangkan formula Capaian pemenuhan sarana prasarana K3 sesuai standar :

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

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

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

2

### **Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana Pengendalian Infeksi sesuai standar :**

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

*Healthcare Associated Infection* (HAIs) adalah infeksi yang didapat seseorang selama berada di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan yang mana saat masuk rumah sakit tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi didapat di rumah sakit tetapi muncul setelah pulang, juga infeksi pada petugas kesehatan karena pekerjaannya. Infeksi tersebut dapat dicegah dan dikendalikan dengan menerapkan kewaspadaan standar, salah satu kewaspadaan standar adalah pengendalian lingkungan rumah sakit. Lingkungan rumah sakit yang dapat meningkatkan risiko infeksi meliputi sarana dan prasarana yang terdiri dari bangunan gedung beserta fasilitas yang ada di dalamnya. Sarpras yang dipantau antara lain: langit-langit, dinding, lantai, kursi, kran, tempat sampah, tiang infus, tempat tidur, tabung oksigen, troli tindakan, brankar, nakas, meja pasien, pendant, meja mayo, kursi roda, troli waskom, waskom untuk memandikan, bantal, dan kasur. Pemantauan dilakukan di ruangan yang merawat pasien kasus penyakit tulang belakang yaitu di GPS lantai 1, GPS lantai 4, 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 2018 yang akan dilaporkan kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI.

### **Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana K3 Sesuai Standar**

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

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

#### **1. Standar Manajemen**

Standar manajemen sarana, prasarana dan peralatan Rumah Sakit meliputi :

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

- 1) Kebijakan tertulis tentang pengelolaan K-3 yang mengacu minimal pada peraturan sebagai mana tersebut pada dasar hukum.
- 2) Pedoman dan standar prosedur operasional K-3
- 3) Perizinan sesuai dengan peraturan yang berlaku meliputi :
  - a. Izin mendirikan bangunan
  - b. Izin penggunaan Bangunan khusus untuk DKI Jakarta Raya
  - c. Izin berdasarkan Undang-Undang Gangguan
  - d. Rekomendasi Dinas pemadam Kebakaran
  - e. Izin Deepwell khusus untuk DKI Jakarta Raya
  - f. Izin Operasional Rumah Sakit untuk Rumah sakit Swasta atau BUMN
  - g. Izin Pemakaian Lift
  - h. Izin Instalasi Listrik
  - i. Izin pemakaian Diesel
  - j. Izin Instalasi Petir
  - k. Izin Pemakaian Boiler
  - l. Penggunaan Radiasi
  - m. Izin Bejana Tekan

- n. Izin Pengolahan limbah padat, Cair dan Gas
- 4) Sistem Komunikasi baik internal maupun eksternal
- 5) Sertifikasi Peralatan Medik maupun Non Medik
- 6) Program Pemeliharaan
- 7) Alat Pelindung Diri (APD) yang memadai, siap dan layak pakai
- 8) Rambu-rambu K-3 seperti rambu larangan dan rambu penunjuk arah
- 9) Fasilitas sanitasi yang memadai dan memenuhi persyaratan kesehatan
- 10) Fasilitas penanganan limbah padat, cair dan gas

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

## 2. Standar Teknis

### A. Standar teknis sarana

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

### B. 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;
- 7) Pemantauan Dan Telaah Ulang.

**b) Keselamatan Dan Keamanan Di Rumah Sakit;**

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

**c) Pelayanan Kesehatan Kerja;**

- 1) Kegiatan yang bersifat promotif :
  - i. Pemenuhan Gizi Kerja,
  - ii. Kebugaran
  - iii. Pembinaan Mental Dan Rohani.
- 2) Kegiatan yang bersifat preventif :
  - i. Imunisasi Dilakukan Bagi Tenaga Kesehatan Dan Tenaga Non Kesehatan Serta SDM Rumah Sakit Lainnya Yang Berisiko.
  - ii. Pemeriksaan Kesehatan,
  - iii. Surveilans Lingkungan Kerja
  - iv. Surveilans Medik.
- 3) Pemeriksaan kesehatan bagi SDM Rumah Sakit yang meliputi:
  - i. Pemeriksaan Kesehatan Sebelum Bekerja;
  - ii. Pemeriksaan Kesehatan Berkala;
  - iii. Pemeriksaan Kesehatan Khusus;
  - iv. Pemeriksaan Kesehatan Pasca Bekerja.
- 4) Kegiatan yang bersifat kuratif meliputi :
  - i. Pelayanan Tata Laksana Penyakit Baik Penyakit Menular, Tidak Menular,

- ii. Penyakit Akibat Kerja
  - iii. Kecelakaan Akibat Kerja
  - iv. Penanganan Pasca Pemajanan (*Post Exposure Profilaksis*).
- 5) Kegiatan yang bersifat rehabilitatif meliputi :
- i. Rehabilitasi Medik
  - ii. Program Kembali Bekerja (*Return To Work*).

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

- 1) Identifikasi dan inventarisasi Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) di Rumah Sakit;
- 2) Memiliki lembar data keselamatan bahan (*material safety data sheet*);
- 3) lemari Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
- 4) penyiram badan (*body wash*);
- 5) pencuci mata (*eyewasher*);
- 6) Alat Pelindung Diri (APD);
- 7) rambu dan simbol Bahan Berbahaya dan Beracun (B3);
- 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;
- 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;
- 10) Penggunaan Instalasi Pengelolaan Limbah.

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

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

**h) Kesiapsiagaan Menghadapi Kondisi Darurat Atau Bencana.**

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

a. Kondisi yang dicapai:

**Capaian Persentase Kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi dan K3 sesuai standar**

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Persentase Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	65%	79,45%	122,23	70%	84,76%	121,08	90%	84,66%	94,07

**Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi sesuai standar tahun 2019:**

$$\frac{TW1+TW2+TW3+TW4}{4} = \frac{80,50\% + 88,00\% + 88,00\%+88\%}{4} = 86,13\%$$

**Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras K3 Sesuai Standar tahun 2019:**

$$\frac{TW1+TW2+TW3+TW4}{4} = \frac{82,49\% + 84,48\% + 82,89\%+ 85,90\%}{4} = 83,19\%$$

Dengan demikian capaian rata-rata Persentase Pemenuhan kebutuhan sarana dan prasarana pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar adalah  $(86,13\% + 83,19\%)/2 = 84,66\%$ .

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 94,07%
2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasi tahun 2019 meningkat sebesar 0,1% .
3. Perbandingan target tahun 2017,2018, dan tahun 2019 secara keseluruhan untuk tahun 2019 mengalami penurunan dikarenakan, dari segi realisasi standar K3 mengalami kenaikan dari pelaksanaan kalibrasi dan pelatihan-pelatihan SDM, namun karena target yang naik , nilai realiasasinya bulan dapat meningkatkan capaian.

**b. Permasalahan dalam pencapaian Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pendukung Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI) adalah sebagai berikut:**

**1. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarpras Pengendalian Infeksi**

Sarana prasarana pendukung Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang ada di ruang pelayanan dan tidak sesuai standar sehingga dapat meningkatkan risiko infeksi antara lain : kursi petugas atau pasien / pengunjung dilapisi Bahan kain, Kran cuci tangan dioperasikan dengan diputar, tempat sampah model kupu-kupu, bantal dan kasur dilapisi bahan dari kain. Peralatan medis dan non medis yang berkarat seperti: tiang infus, tempat tidur, tabung oksigen, troli 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. 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 Pasarana K3 Sesuai Standar**

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

- a. Sosialisasi berupa edukasi terkait dengan pihak kontraktor dan atau kedua ( *Outsourcing* ) sudah dilakukan secara tentative dan simultan pada tahun 2019.
- b. Sudah ada detector panas dan asap yang mandiri/portable (stand alone) tapi jumlahnya masih sangat sedikit dibandingkan dengan jumlah gedung yang belum terpasang system alarm pemadam kebakaran.
- c. Masih ada beberapa gedung yang belum terpenuhi dalam hal pencegahan dan penanggulangan kebakaran dan rekomendasi dari dinas pemadam kebakaran DKI yang belum terpenuhi seperti Gedung GPS (pintu seret dilantai 6, pintu diganjal) .termasuk juga belum tersedianya detektor asap dan api, system alarm khususnya di gedung-gedung yang tidak terpasang sistem alarm kebakaran.
- d. Masih ada beberapa dinding berjamur, plafon berlubang, atap yang menimbulkan kebocoran pada plafon, lantai yang licin dan berlubang. Seperti di Gedung Bougenville, IRJ, IGD dan GPS.
- e. Belum terpenuhinya dokter okupasi terkait dengan surveilans lingkungan kerja, surveilans medik, tindak lanjut terkait *return to work* dan penegakan diagnosa terkait dengan penyakit akibat kerja.
- f. Belum terpeliharanya dengan baik dari beberapa eye wash dan body yang belum optimal dan penggunaan APD terkait B3. Terutama pada pemberian label secara konsisten seperti di gedung IRJ, Gedung IGD, Azalea dan GPS.
- g. Belum semua terpenuhinya pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek K3 yang sesuai standar terkait dengan penggunaan listrik dan system instalasinya, system tata udara terkait dengan kelembaban yang belum standard dan adanya kondensasi / kebocoran, lift yang rusak yang perlu moderenisasi dan sebaiknya dilakukan penggantian unit baru seperti di IRJ dan GPS ( lift yang sudah harus diganti digedung IRJ, maintenance Lift di GPS harus lebih intensif), system mekanikal dan elektrikal yang di beberapa area belum rapi dan perlu perbaikan

terutama usia kabel utama. Kelembaban udara yang standarisasinya belum optimal digedung bougenville dan Gedung Profesor Soelarto.

**c. Rekomendasi :**

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

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

**2. Persentase Pemenuhan Kebutuhan Sarana Prasarana K3 Sesuai Standar**

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

- a. Sebaiknya segera dipenuhi dari beberapa gedung yang ada sesuai standar pencegahan dan penanggulangan kebakaran seperti di Gedung Azalea dan maintenance yang optimal di gedung bougenville, GPS, IRJ dan IGD. Termasuk juga dengan memasang sistem detektor asap dan api serta system alarm secara mandiri/ portabel (stand alone untuk area gedung azalea).
- b. Sebaiknya segera identifikasi dan lakukan perbaikan terkait dengan masih ada beberapa dinding berjamur, plafon berlubang, atap yang menimbulkan kebocoran pada plafon, lantai yang licin dan berlubang. Seperti pada gedung bougenville, Gedung GPS, Gedung IGD, Gedung Azalea
- c. Pemenuhan untuk adanya dokter okupasi dengan surveilans lingkungan kerja, surveilans medik, tindak lanjut terkait return to work dan penegakan diagnosa terkait dengan penyakit akibat kerja sudah dalam proses perekrutan dan wawancara sehingga perlu adanya follow up untuk kelanjutannya.
- d. Sebaiknya segera dipenuhi dalam hal pengelolaan B3 terkait aspek K3 terkait dengan identifikasi dan inventarisasi B3 dan MSDS secara berkala, penyediaan lemari B3 pada satuan kerja pengguna B3, beberapa eye wash dan body yang

belum optimal, APD terkait B3, rambu dan symbol B3 serta spill kit yang terpenuhi untuk beberapa satuan kerja. Terutama pada pemberian label seperti di Gedung Bougenville, gedung IRJ, Gedung IGD, Azalea dan GPS. Lemari B3 yang kurang di gedung Bougenville serta rambu dan symbol B3 di gedung azalea.

- e. Sebaiknya segera dipenuhi dalam hal pengelolaan prasarana rumah sakit dari aspek K3 yang sesuai standar terkait dengan penggunaan listrik dan system instalasinya, system tata udara terkait dengan kelembaban yang belum standar, lift yang rusak yang perlu moderenisasi dan ganti baru, system mekanikal dan elektrikal yang di beberapa area belum rapi dan perlu perbaikan untuk beberapa area yang belum terpenuhi sesuai standar.
- f. Perlu adanya tenaga yang kompeten dan berkomitmen dalam proses pemeliharaan IPAL untuk seluruh area rumah sakit baik pada bak pengumpul dan bak kontrol serta area rumpon pada biodetok agar terpenuhi kesesuaian standar baku mutu air limbah.

### 3. Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi

Indikator Kinerja :

#### 4) Persentase Integrasi Sistem Informasi

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

a. Kondisi yang dicapai :

#### Persentase Integrasi Sistem Informasi

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Persentase Integrasi Sistem Informasi	75%	79,20%	105,60	80%	81,02	101,28	85%	87,50	102,94

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 102,94%
2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasinya meningkat sebesar 6,48% .
3. Perbandingan capaian tahun 2017,2018, dan tahun 2019 secara keseluruhan untuk tahun 2019 mengalami peningkatan karena sistem dari tahun ke tahun sudah terintegrasi dengan baik.
4. Perbandingan realisasi tahun 2017,2018 dan 2019 mengalami peningkatan karena adanya kegiatan perbaikan aplikasi ataupun penambahan fitur untuk penyempurnaan aplikasi.

**b. Analisa Pencapaian Target :**

Hasil pencapaian tahun 2019 sebesar 102,94%, masih dibawah target 85% yang ada dalam Perjanjian Kinerja Direktur Utama RSUP Fatmawati dengan Dirjen Pelayanan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019, karena beberapa kegiatan di tahun 2019 merupakan kegiatan perbaikan aplikasi ataupun penambahan fitur untuk penyempurnaan aplikasi, sehingga dari target yang ditetapkan sebesar 85% sudah teralisasi sebesar 87,50% sehingga pencapaiannya sebesar 102,94, artinya variabel – variabel yang ditetapkan sesuai Permenkes Nomor 82 Tahun 2013 sudah melebihi target, baik untuk aplikasi berbasis desktop maupun web, disamping itu pengembangan aplikasi yang saat ini dibuat tidak masuk dalam variabel-variabel Permenkes Nomor 82 tahun 2013, namun arah perubahan penggantian bahasa pemrograman tetap mengacu pada kelengkapan integrasi variabel- variabel diatas, sehingga prosentase pengembangan sistem informasi yang terintegrasi sudah dilakukan secara optimal. Walaupun sudah Optimal tetapi dalam prosesnya masih ditemukan kendala- kendala:

**1. Kendala Eksternal :**

- a) Permintaan pembuatan aplikasi yang tidak didukung standar prosedur operasional yang belum jelas atau bahkan tidak ada sama sekali atau minimal terdapat alur bisnis kerja yang jelas. Hal ini mengakibatkan perubahan aplikasi yang berulang-ulang ketika sudah dilakukan implementasi, sehingga memberikan kesan aplikasi dibangun sangat lama/lambat.
- b) Dalam waktu pengembangan aplikasi, masih sering terdapat permintaan pembuatan aplikasi yang sifatnya segera, sehingga saat ini 1 programmer bisa

mengerjakan 2-3 aplikasi, ini berpotensi keterlambatan penyelesaian pembuatan aplikasi.

- c) Dalam waktu pengembangan eksternal seperti bridging dengan aplikasi institusi lain, masih sering terkendala kurangnya komunikasi, standarisasi dan sosialisasi teknis pengembangan aplikasi, mengakibatkan pengembangan yang lambat.
- d) Kurangnya dukungan satuan kerja dalam menggunakan aplikasi setelah implementasi khususnya dalam hal kebijakan.

## **2. Kendala Internal**

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

### **c. Upaya yang telah dilakukan**

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

### **d. Rekomendasi/ saran :**

- 1) Pembuatan alur bisnis kerja/ standar operasional prosedur yang sudah ditetapkan bersama, untuk dijadikan *user requirement* pengembangan aplikasi,
- 2) Penambahan programmer, bila memungkinkan perekrutan baru network admin
- 3) Kebijakan rumah sakit dalam mendukung penggunaan aplikasi RS melalui komitmen bersama.

#### 4. Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian

Indikator Kinerja :

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

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

###### a. Kondisi Yang dicapai

Pada indikator ini, penelitian melebihi target yaitu dari 30 penelitian realisasi sampai dengan akhir Desember sebanyak 32 penelitian. Pencapaian target penelitian dikarenakan adanya bantuan dana hibah untuk penelitian yang dilakukan oleh SDM rumah sakit per tahunnya dan upaya koordinasi publikasi yang dilakukan secara mandiri oleh KSM.

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

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	20	27	135,00	25	25	100%	30	32	106,67

1. Realisasi Tahun 2019 ( 32 penelitian) Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 106,67%
2. Realisasi Tahun 2019 ( 32 penelitian) bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018 (25 penelitian), maka realisasinya meningkat sebesar 7 penelitian.

###### a. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target:

Meningkatnya SDM RSUP Fatmawati terutama DPJP / dokter spesialis sebagai dokdinis dalam kegiatan penelitian dan adanya fasilitas dana hibah untuk penelitian.

**b. Upaya yang telah dilakukan:**

1. Koordinasi dengan Tim Komisi Etik dan unit penelitian terkait: jadwal uji proposal penelitian, monitoring dan evaluasi penelitian.
2. Mensosialisasikan kegiatan penelitian kepada seluruh satuan kerja bahwa untuk mengetahui akar suatu permasalahan dapat dilakukan dengan penelitian terkait dapat berpartisipasi dalam melakukan penelitian;
3. Menjadikan penelitian sebagai salah satu Indikator Kinerja Unit dan Indikator Kinerja Individu.
4. Menyediakan fasilitas platform jurnal fatmawati agar hasil penelitian dapat di publikasikan dan menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya.

**6) Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi**

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

**a. Kondisi yang dicapai**

**Capaian Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi**

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Persentase Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	80 %	82,27 %	102,84	90 %	81,84	90,4 %	100 %	94,14%	94,14

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 94,14%.

2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasi tahun 2019 meningkat sebesar 12,3%
3. Perbandingan capaian tahun 2017,2018, dan tahun 2019 secara keseluruhan untuk tahun 2019 mengalami penurunan, dikarenakan target tahun 2019 naik dari target tahun 2018 dan tahun 2017, namun realisasi meningkat.
4. rata-rata capaian untuk tahun 2019 (94,14%) lebih tinggi jika dibandingkan dengan capaian tahun 2018 (90,14%). Sedangkan target yang ditetapkan ditahun 2019 adalah 100% lebih tinggi jika dibandingkan tahun 2018 sebesar 90%.

Pada pemantauan pelaksanaan supervisi DPJP terhadap peserta didik adalah pemantauan terhadap kehadiran DPJP dalam mendampingi dan melakukan supervisi terhadap peserta PPDS di Instalasi Bedah Sentral, meliputi operasi elektif dan cito. Pemilihan lokasi supervisi DPJP terhadap peserta PPDS di area instalasi bedah sentral berdasarkan pertimbangan bahwa kegiatan yang dilakukan di kamar bedah oleh peserta PPDS merupakan pelayanan dengan risiko tinggi sehingga memerlukan pemantauan yang lebih lekat untuk meningkatkan keselamatan pasien. Target supervisi DPJP peserta didik tahun 2019 adalah 100%.

Pada data supervisi DPJP terhadap peserta didik pada tahun 2019 terlihat realisasi rata-rata perbulan sebesar 94,14%. Hasil ini merupakan rerata supervisi yang dilakukan bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2019, yaitu supervisi DPJP terhadap peserta PPDS / PPDGS dalam melaksanakan operasi elektif yang telah mencapai 100% pada operasi cito yang hanya mencapai 71%

Pencapaian yang belum sesuai harapan disebabkan:

1. Pencatatan supervisi hanya berdasarkan kehadiran DPJP belum melihat berdasarkan level kompetensinya, sehingga bagi PPDS/ PPDGS mandiri yang telah melakukan tindakan secara mandiri dan tidak didampingi DPJP dianggap tidak mendapat supervisi
2. Tidak semua kelompok medik yang melaksanakan pendidikan PPDS melakukan jaga onsite, sehingga ketidakhadiran DPJP pada saat operasi tidak diperhitungkan sebagai kegiatan supervisi.

**b. Permasalahan/kendala**

1. Pemantauan supervisi DPJP masih terbatas dilakukan terhadap peserta didik (PPDS/PPDGS) di Instalasi Bedah Sentral.
2. Supervisi DPJP terhadap peserta PPDS belum menilai supervise berdasarkan level kompetensi yang dimiliki peserta PPDS.
3. Instrumen pemantauan supervisi DPJP terhadap peserta didik masih berupa formulir kehadiran DPJP. Pada saat DPJP hadir maka dianggap sudah melakukan supervisi.
4. Pada operasi elektif angka kehadiran DPJP lebih tinggi dibandingkan dengan kehadiran DPJP pada operasi cito. Meskipun operasi cito dilakukan oleh PPDS dengan kompetensi mandiri (tanpa pendampingan) hal ini masih berisiko terhadap keselamatan pasien.
5. Saat ini telah ada aplikasi elektronik yang memantau supervisi DPJP terhadap peserta PPDS yang disebut E-SSIP. Namun belum dapat dilaksanakan karena masih perlu dilakukan pembenahan agar lebih terukur secara akurat dan aplikasi (user friendly).
6. Belum tersosialisasinya pemahaman supervisi sesuai level kompetensi yang dimiliki peserta PPDS, sehingga konsep supervisi tidak hanya berdasarkan kehadiran DPJP saja tetapi berbasis level kompetensi peserta PPDS.
7. Belum sinerginya integrasi jajaran pelayanan dan pengelola di RSUP Fatmawati dengan institusi pendidikan, dalam hal ini Fakultas Kedokteran terkait, dalam melakukan supervisi menggunakan konsep pemantauan real time.

**c. Usul Pemecahan Masalah**

1. Supervisi sesuai level kompetensi

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

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

**Supervisi sesuai level Kompetensi**

<b>Level kompetensi / Warna Pin</b>	<b>Keterangan</b>
Tahap Pembekalan/ Merah	PPDS/PPDGS hanya melakukan observasi/ melihat

Tahap Magang / Kuning	I	PPDS/PPDGS melakukan kegiatan dibawah pengawasan langsung DPJP selama tindakan
	II	PPDS/PPDGS melakukan kegiatan dengan pengawasan DPJP tidak secara penuh (tidak selama tindakan)
	III	PPDS/PPDGS melakukan tindakan mandiri dan melapor ke DPJP diakhir tindakan
Tahap Mandiri/ Biru		PPDS/PPDGS melakukan tindakan mandiri dan melakukan supervisi bagi juniornya bila diperlukan

- ✚ Setiap PPDS menyertakan jenis kegiatan yang masuk dalam kompetensinya, sehingga di lapangan tidak terjadi kesalahan PPDS melakukan kegiatan operasi yang tidak sesuai dengan level kompetensinya apabila tanpa pendampingan DPJP karena hal ini beresiko terhadap keselamatan pasien. .
  - ✚ Segera melaksanakan sistem aplikasi e-SSIPP ( Elektronik Sistem Integrasi Pelayanan Pendidikan) yang mengintegrasikan pendidikan dalam pelayanan rumah sakit akan mempermudah DPJP maupun peserta didik dalam kegiatan supervisi, sehingga kegiatan supervisi di rumah sakit dapat dimonitor baik oleh manajemen rumah sakit, DPJP, Instalasi maupun institusi pendidikan pengirim peserta didik.
2. Apabila sistem sudah berjalan maksimal maka pemantauan pelaksanaan supervisi terhadap peserta didik dapat lebih diperluas lagi seperti di IGD, poliklinik rawat jalan dan rawat inap.
  3. Pendokumentasian kegiatan PPDS/PPDGS dilakukan melalui mekanisme monitoring dan evaluasi pelaksanaan supervisi peserta PPDS/PPDGS sebagai berikut:
    - a) Evaluasi secara realtime dilakukan oleh:
      - ✚ DPJP berupa penilaian setiap pasien yang dilayani PPDS/PPDGS
      - ✚ Instalasi pelayanan untuk melakukan konfirmasi kehadiran
      - ✚ Institusi pendidikan melalui aplikasi e-SIPP
      - ✚ Monitoring melalui aplikasi e-SIPP
    - b) Evaluasi Pelaksanaan pendidikan dilakukan setiap selesai rotasi oleh:
      - ✚ Bagian Diklit/ Komkordik

✚ Kelompok Staf Medik

✚ Fakultas Kedokteran

4. Apabila sistem tersebut sudah berjalan maksimal, nantinya dapat dilakukan juga untuk peserta didik lainnya sesuai standar SNARS yaitu mahasiswa kedokteran, fellow, keperawatan, farmasi dan sebagainya, dengan tetap berkoordinasi dengan Komite Koordinator Pendidikan (Komkordik), Komite Tenaga Kesehatan Lainnya, Instalasi maupun Bagian Pendidikan dan Penelitian (Diklit).
5. Rangkuman pelaporan hasil evaluasi pelaksanaan supervisi DPJP terhadap peserta didik sesuai level kompetensi disampaikan ke Direktur Medik Keperawatan dan satuan kerja terkait.
6. Pembahasan mutu pelayanan dan mutu pendidikan secara berkala baik secara internal Rumah Sakit maupun eksternal dengan institusi pendidikan.

## 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 5.768 kontrak dengan rincian kerjasama SDM 4 kontrak (4 kontrak tenaga ahli, 1 kontrak pengelolaan parkir, 1 kontrak *cleaning service* dan 1 kontrak satuan pengamanan), kerjasama Farmasi 1 paket, kontrak dan kerjasama Alat Kesehatan 5.759 kontrak (MRI, CTScan, Laboratory Automatic System (LAS) dan Hemodialisa).

Dari 5.768 kontrak tersebut telah dilakukan evaluasi sebanyak 5.768 kontrak (100%) dan telah di tindaklanjuti sebanyak 5.768 kontrak (100%)

#### Capaian Persentase Tindak Lanjut Hasil Evaluasi Kerjasama Layanan Kontrak

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan kontrak	100%	100%	100	100 %	100 %	100	100 %	100%	100

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 100%.
2. Realisasi Tahun 2017,2018 dan 2019 hasilnya sama.

**b. Analisa Penyebab Keberhasilan:**

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

**c. Permasalahan:**

1. Definisi operasional kerjasama:

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

Kontrak Farmasi adalah kontrak pengadaan barang farmasi oleh PPK.

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

2. Kontrak Cleaning service dan kontrak satuan pengamanan bukan kontrak SDM melainkan kontrak pengadaan jasa dan evaluasinya berupa evaluasi hasil pekerjaan, adapun kontrak parkir merupakan kerjasama pemanfaatan aset BMN dengan pola imbal hasil.

**d. Rekomendasi/saran**

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

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

### Indikator Kinerja :

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

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

##### a. Kondisi yang dicapai

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

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1	2	200%	1	2	200%	1	3	300%

Program Pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain. Pada indikator jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya dan non tenaga kesehatan dari target 1 program diklat, pencapaiannya melebihi target yaitu 3 diklat yang telah dilaksanakan selama 1(satu) tahun yang terdiri dari:

- ✚ Pelatihan Keperawatan Orthopedi Dasar tanggal 23-27 September 2019.
- ✚ Update ilmu tentang “Endometriosis” tanggal 30 Oktober 2019.
- ✚ Pelatihan kegawat darurat / BTCLS 2 Juli s/d 22 Oktober 2019.

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 300% (3 Program pelatihan).
2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasinya meningkat dari 2 penelitian menjadi 3 penelitian.

**b. Analisa Keberhasilan Pencapaian Target :**

Untuk pelatihan dalam rangka peningkatan pengetahuan dan kompetensi dalam menunjang pelayanan unggulan yaitu pelayanan orthopaedi, endometriosis center dan pelayanan trauma telah terlaksana hal ini dikarenakan adanya grand design pelatihan dan koordinasi yang baik antara pelaksana pelatihan dan tim terkait pelatihan tersebut.

**c. Upaya yang telah di lakukan:**

1. Koordinasi dengan perhimpunan profesi, BBPK, dan badan PPSDM Kesehatan, terkait modul revisi pelatihan keperawatan orthopedi, pelatihan terakreditasi dan bimbingan pembuatan kurikulum, modul pelatihan unggulan Rumah Sakit.
2. Koordinasi dengan satuan kerja
3. Memberikan laporan dan evaluasi penelitian kepada bagian SDM

**d. Rekomendasi / Saran :**

1. Pembenahan SOTK Rumah Sakit Pendidikan
2. Sebagai rumah sakit unggulan orthopedi sebaiknya dapat lebih ditingkatkan standar pelatihannya menjadi pelatihan keperawatan orthopedi advance atau tingkat lanjutan.
3. Peningkatan pemantauan penelitian yang sedang berlangsung dengan berkoordinasi dengan Tim Kaji Etik dan Unit Penelitian.

## 7. Terwujudnya Pelayanan Berbasis Mutu dan Keselamatan Pasien

### Indikator Kinerja :

#### 9) Ketepatan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien merupakan salah satu sasaran keselamatan pasien di rumah sakit, dimana keamanan pelayanan di rumah sakit dimulai dari ketepatan melakukan identifikasi pasien. Pelaksanaan identifikasi bertujuan menetapkan dan memastikan

identitas pasien secara benar, sehingga tidak terjadi kesalahan. Kesalahan identifikasi pasien diawal pelayanan akan berlanjut pada kesalahan pelayanan berikutnya seperti kesalahan tindakan medis, kesalahan pemberian obat, salah dalam transfusi darah dan kesalahan pemberian prosedur. Dalam rangka menilai pelaksanaan identifikasi maka perlu ditetapkan suatu indikator yaitu ketepatan melakukan identifikasi. Adapun parameter yang dinilai atau di pantau adalah : Pemberian darah dan produk darah

1. Ketepatan melakukan identifikasi pada saat pemberian obat
2. Ketepatan melakukan identifikasi pada saat pemberian pengobatan termasuk nutrisi
3. Ketepatan melakukan identifikasi pada saat pemberian darah dan produk darah
4. Ketepatan melakukan identifikasi pada saat pengambilan spesimen
5. Ketepatan melakukan identifikasi sebelum melakukan tindakan diagnostik/therapeutik sesuai dengan panduan yang telah ditetapkan, proses identifikasi dilakukan dengan cara mencocokkan minimal 2 dari 3 identitas yaitu : nama dan tanggal lahir atau nomor rekam medis setiap akan memberi asuhan kepada pasien, adapun rangkaian pelaksanaan identifikasi pasien tersebut, selalu diverifikasi oleh Penanggung Jawab pemantauan di setiap ruang perawatan yaitu kepala ruangan untuk kemudian direkapitulasi dan dianalisa serta dilaporkan kepada bidang pelayanan keperawatan.

Capaian indikator untuk ketepatan identifikasi pasien pada tahun 2019 diformulasikan sebagai berikut: Jumlah identifikasi pasien yang dilakukan sesuai SPO dibagi jumlah seluruh peluang untuk melakukan identifikasi pasien dikalikan 100%

$$\frac{\text{Jumlah identifikasi pasien yang dilakukan sesuai SPO}}{\text{Jumlah seluruh peluang untuk melakukan identifikasi pasien}} \times 100\%$$

**a. Kondisi yang dicapai**

**Capaian Ketepatan Identifikasi Pasien**

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	96,50%	96,50	100	97,32%	97,32	100	97,89%	97,89

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan realisasi 2018 mengalami peningkatan perbaikan karena pemantauan ini juga masuk sebagai indikator kinerja individu (IKI) Direktur Utama.

2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasinya meningkat sebesar 0,57%
3. Target pada indikator identifikasi pasien tetap pada angka 100% karena pelaksanaan ini wajib dilakukan dengan benar karena sangat terkait dengan keselamatan pasien.

**b. Permasalahan / Kendala:**

1. Belum semua petugas baik gizi, analis kesehatan, radiolog dan perawat, melakukan identifikasi pasien sesuai SPO pada setiap kesempatan, karena pemahaman masih rendah.
2. Berdasarkan klarifikasi kepada petugas didapatkan bahwa petugas tidak melakukan identifikasi karena lupa

**c. Pemecahan Masalah:**

1. Sosialisasi kepada seluruh staf keperawatan saat melakukan pre atau post conference
2. Koordinasi dengan bagian gizi, Radiologi dan Laboratorium
3. Supervisi dan mengingatkan petugas untuk melakukan identifikasi sebelum memberikan asuhan.

**d. Upaya yang telah dilakukan**

1. Sosialisasi kepada seluruh staf keperawatan saat melakukan pre atau post conference
2. Sosialisasi lintas fungsi terhadap pentingnya pelaksanaan program identifikasi pasien kepada petugas gizi, radiologi dan laboratorium.

**Indikator Kinerja:**

**10) Penerapan Keselamatan Operasi**

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

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

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

1. Persiapan pre op (konsul2, dan penunjang lainnya) sudah fix
2. Pengajuan jadwal operasi 1 hari sebelum dilakukan operasi sudah ada kepastian mendapatkan ruang rawat (IRNA, ICU, NICU/PACU dll)
3. Pengiriman pasien dari IRNA ke kamar operasi sudah dilakukan penandaan lokasi operasi (**Site Marking**)
4. Di ruang penerimaan kamar operasi dilakukan checklist **Identifikasi Pasien**: identitas pasien, gelang identitas, penandaan lokasi operasi bila di IRNA belum dilakukan, maka dilakukan ulang oleh DPJP.
5. Di ruang persiapan sebagai pintu lanjutan untuk keamanan dan keselamatan pasien dilakukan pengecekan ulang (**sign in**), diantaranya adalah memberikan motivasi, menanyakan nama dan lokasi yang akan dioperasi, hal ini supaya tidak ada kesalahan operasi salah sisi.
6. Di kamar operasi adalah pintu terakhir untuk keamanan dan keselamatan operasi yaitu pelaksanaan **time out** yang melibatkan tim bedah
7. Sebelum penutupan lokasi operasi check list ulang kelengkapan alat, kasa dan benda tajam (**Sign Out**)
8. Melaporkan adanya insiden.

**a. Kondisi yang dicapai:**

**Capaian Penerapan Keselamatan Operasi**

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100%	100	100%	100%	100	100%	100%	100

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka realisasi tahun 2019 sebesar 100%

2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka pencapaiannya adalah sama.

Dari hasil evaluasi indikator keselamatan operasi pada tahun 2019, data kepatuhan dalam melaksanakan baik *sign in*, *time out*, *sign out* dan *site marking* sesuai hasil check list harian terlaksana 100 %,

Untuk mempertahankan capaian tersebut, manajemen terus melakukan perbaikan sistem diantaranya melakukan koordinasi dengan KSM terkait secara berkesinambungan, melaporkan hasil capaian indikator kepada satker terkait dan merekomendasikan ke Direktur Medik dan Keperawatan sebagai hasil laporan kinerja Instalasi.

1. Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Identifikasi Pasien**, untuk selanjutnya dilaporkan :
  - Ke Bidang Pelayanan Medis untuk ditindaklanjuti
  - Ke KMKP sebagai hasil capaian
2. Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Penandaan Lokasi Operasi** (site Marking), untuk selanjutnya dilaporkan :
  - Ke Bidang Pelayanan Medis untuk ditindaklanjuti
  - Ke KMKP sebagai hasil capaian
3. Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Sign In**, untuk selanjutnya dilaporkan :
  - Ke Bidang Pelayanan Medis untuk ditindaklanjuti
  - Ke KMKP sebagai hasil capaian
4. Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Time Out**, untuk selanjutnya dilaporkan :
  - Ke Bidang Pelayanan Medis untuk ditindaklanjuti
  - Ke KMKP sebagai hasil capaian
5. Melakukan evaluasi hasil capaian kepatuhan pelaksanaan **Sign Out**, untuk selanjutnya dilaporkan :
  - Ke Bidang Pelayanan Medis untuk ditindaklanjuti
  - Ke KMKP sebagai hasil capaian
6. Koordinasi dengan IRNA terkait penandaan lokasi operasi (*site marking*) untuk mempertahankan capaian

**b. Analisa keberhasilan:**

1. Capaian keselamatan operasi pada tahun 2019 tercapai sebesar 100 %
2. Kepatuhan melaksanakan time out oleh tim bedah karena ada *punishment* pengurangan jasa bagi yang tidak melaksanakan proses time out
3. Memberikan reward/penghargaan atas pencapaian target kepada staf IBS sesuai hasil yang dicapai dengan menambahkan prosentase dari target IKI
4. Selalu melaporkan hasil real indikator lain terkait dengan keselamatan operasi yaitu dalam proses sign in masih tingginya angka penandaan lokasi operasi (*Site Marking*)
5. Koordinasi langsung dengan IRNA terkait untuk mempertahankan capaian

**c. Tindak lanjut:**

1. Mengingatkan petugas untuk selalu mempertahankan capaian
2. Kepatuhan pelaksanaan proses time out dijadikan budaya keharusan, seperti kepatuhan melaksanakan cuci tangan
3. Dipimpin langsung setiap hari oleh kepala ruang secara berkesinambungan per hari/OK sebagai bentuk sosialisasi langsung
4. Melaporkan bila adanya insiden, terkait adanya operasi salah sisi, adanya kasa, gunting dll, yang tertinggal pasca operasi
5. Terus melaporkan hasil real capaian angka penandaan (*Mark Site*) setiap bulan ke IRNA, Bidang Pelayanan Medis dan KMKP untuk tindak lanjut.

**d. Rekomendasi/saran**

Pengadaan fasilitas CCTV untuk pemantauan pelaksanaan *time out* secara real time ke masing2 kamar operasi.

## 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 RSUP Fatmawati melakukan penilaian dengan kegiatan survei kepuasan pelanggan yang secara rutin setiap tahun dilakukan, Kegiatan tersebut bertujuan agar RSUP Fatmawati mengetahui nilai kinerja pelayanan serta kepuasan pelanggan. Untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik serta upaya yang dilakukan yaitu memperbaiki nilai-nilai yang dirasakan kurang sesuai dengan nilai target yang telah ditetapkan.

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

Kualitas pelayanan yang dinilai oleh masyarakat melalui survei kepuasan pelanggan yang menghasilkan nilai dapat dijadikan evaluasi dan perbaikan-perbaikan untuk menjadi lebih baik lagi dalam pelayanan.

Metode penghitungan yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan Survei 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 paripurna.
2. Pengolahan data secara manual hasil pelaksanaan survei yang diinput setiap bulan sepanjang tahun berjalan dengan terlebih dahulu melakukan verifikasi dan kelengkapan data kuisisioner yang telah diisi oleh pelanggan

Selain Permenpan nomor 25 tahun 2004 (dengan 14 unsur penilaian) tentang pedoman umum penyusunan IKM unit pelayanan instansi pemerintah, RSUP Fatmawati juga

menggunakan Permenpan nomor 16 tahun 2014 (dengan 9 unsur penilaian) tentang pedoman survei kepuasan masyarakat terhadap penyelenggara pelayanan publik.

Perbandingan hasil survei tahun demi tahun mendapatkan hasil yang fluktuatif dalam artian berbeda-beda terkadang hasil tersebut dapat memenuhi target yang telah ditetapkan dan tidak menutup kemungkinan hasil tersebut dibawah target, walaupun demikian peningkatan kinerja pelayanan terus dilakukan secara bertahap baik dari segi materi maupun imateri.

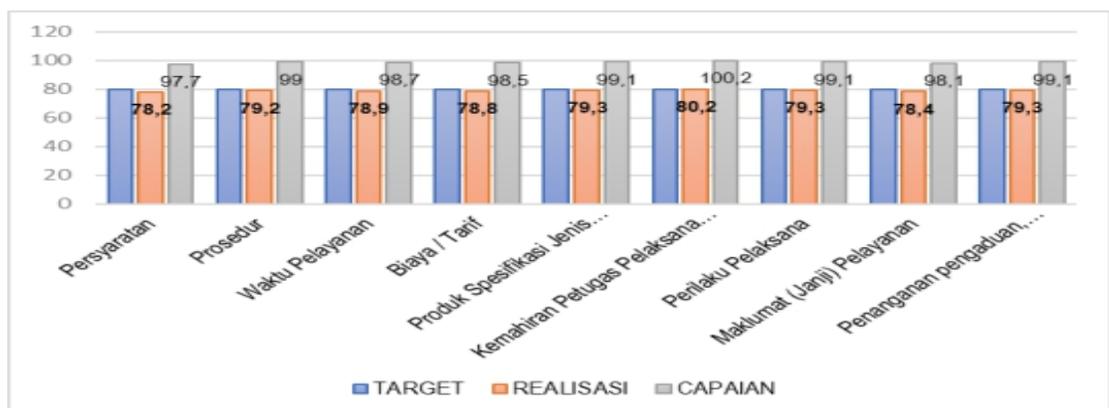
**a. Kondisi yang dicapai**

**Capaian Indeks Kepuasan Pelanggan**

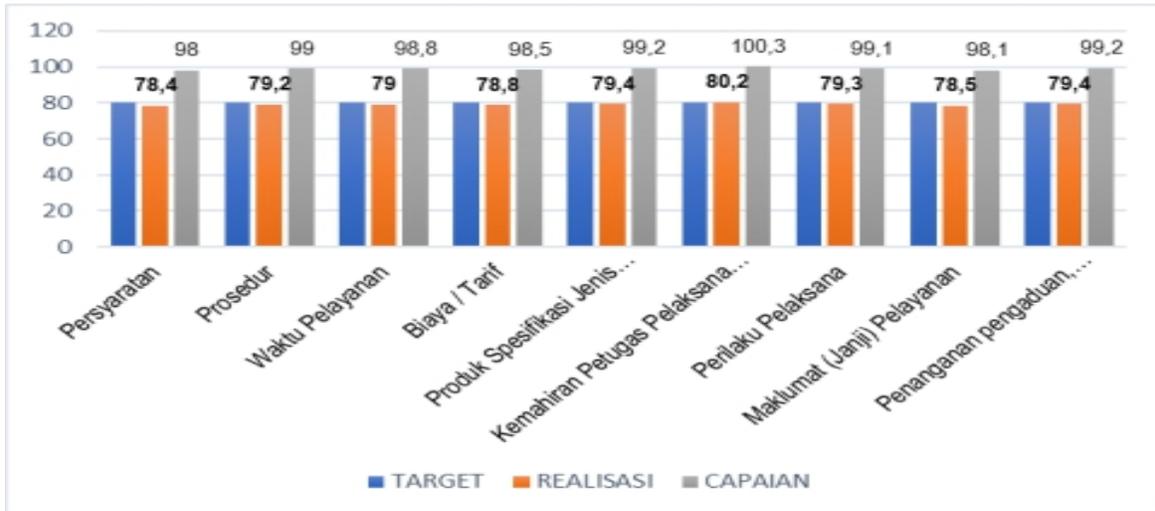
INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Indeks Kepuasan Pelanggan	80%	81,45	101,75	80	79,30	99,13	80	79,10	98,88

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 98,88%
2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasinya menurun sebesar 0.20%, hal ini disebabkan penurunan kepuasan pelanggan terutama pada ketepatan waktu pelayanan dokter baik dipoliklinik rawat jalan maupun di griya husada selain itu visite dokter yang belum secara keseluruhan dapat mematuhi waktu yang ditetapkan. Selain itu juga ketidakpuasan pasien pada sarana dan prasarana rumah sakit seperti udara ruangan yang panas, kursi tunggu pasien yang kurang, waktu tunggu obat lama.

**GRAFIK REALISASI PER BULAN PADA TAHUN 2019**

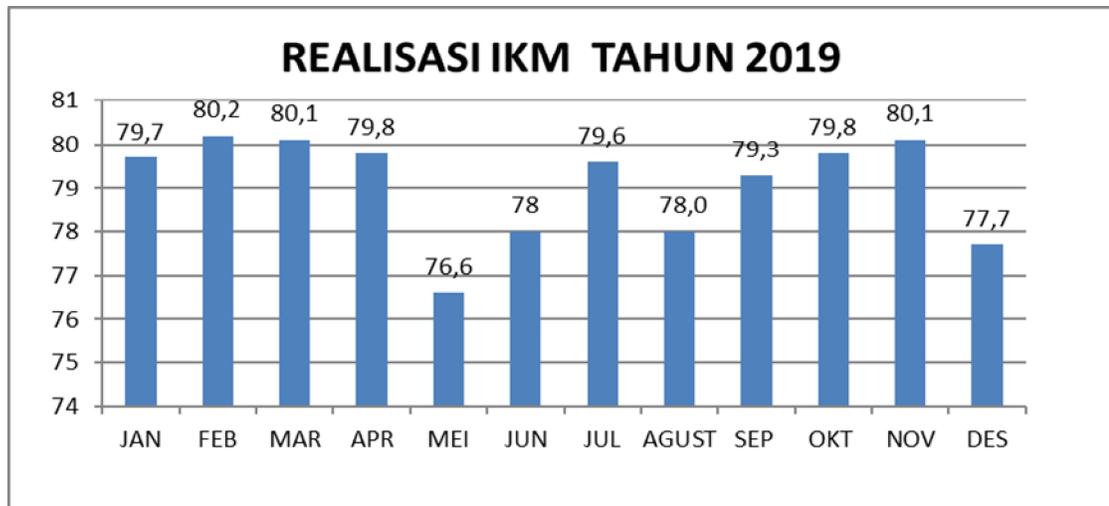


### RAFIK REALISASI PER UNSUR PENILAIAN TAHUN 2019



### GRAFIK REALISASI PER SATUAN KERJA PELAYANAN TAHUN 2019





Dari data di atas dapat disimpulkan bahwa hasil kepuasan pelanggan yang dicapai pada tahun 2019 dengan jumlah satuan kerja yang dilakukan penilaian oleh pelanggan sebanyak 12 satuan kerja, hasil tersebut dapat diuraikan dengan pengelompokan dan unsur penilaian.

Nilai kinerja unit pelayanan pada tahun 2019 ini seluruh satuan kerja yang dilakukan survey mendapat nilai dengan kategori **BAIK**.

Nilai interval konversi yang dicapai oleh satuan kerja yang berada antara nilai 61,51 s/d 81,25 sebanyak 9 satuan kerja dan dengan kategori nilai kinerja unit pelayanan **BAIK** dan nilai antara 81,26 s/d 100 sebanyak 3 satuan kerja dengan kategori nilai kinerja unit pelayanan **SANGAT BAIK**.

Target nilai survey kepuasan pelanggan pada tahun 2019 adalah 80 dan satuan kerja yang mencapai nilai **tertinggi** yaitu

**Instalasi Rawat Inap Gedung Teratai** dengan nilai capaian **82,8**

**Instalasi Rawat Inap Gedung GPS** dengan nilai capaian **81,7**

sedangkan nilai **terendah** adalah **IFPJ** dengan capaian nilai **75,5**.

Dari hasil penilaian per unsur pelayanan didapat bahwa unsur **Kemahiran petugas pelaksana pelayanan** mendapatkan nilai tertinggi dengan hasil **80,2** sedangkan unsur penilaian terhadap **persyaratan pelayanan** mendapat nilai terendah dengan hasil **78,4**

#### A. Permasalahan / Kendala

Masih banyak satuan kerja yang mendapatkan hasil survey kepuasan pelanggan di bawah target yang telah ditetapkan.

## **B. Usul Pemecahan Masalah**

1. Untuk meningkatkan nilai survey kepuasan setiap bulannya, IPKH melakukan upaya dan menggali kembali pengambilan data melalui kuisisioner monev layanan publik yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan RI.
2. Pemberian informasi secara terus menerus terhadap pelanggan secara langsung (face to face) pada saat dilakukan pengambilan data survey.

## **C. Upaya yang telah dilakukan:**

Upaya yang telah dilakukan oleh satuan kerja yang dilakukan penilaian survey adalah bahwa hasil survey kepuasan pelanggan dengan nilai hasil terendah dijadikan bahan untuk meningkatkan layanan menjadi lebih baik lagi misalnya secara terus menerus memberikan edukasi terhadap staff di lapangan dalam kegiatan rutin morning report, press conference.

## **D. Analisa keberhasilan dalam kegiatan survey kepuasan pelanggan:**

Pelayanan yang diberikan oleh RSUP Fatmawati dan penilaian yang diberikan oleh pelanggan terhadap pelayanan yang telah dirasakan merupakan hal terpenting dalam pencapaian nilai kinerja pelayanan rumah sakit dan hanya dari pelangganlah yang dapat menentukan citra RSUP Fatmawati di masyarakat.

Unsur penilaian kepuasan pelanggan yang dilakukan rutin oleh RSUP Fatmawati terhadap satuan kerja pelayanan di lingkungan RSUP Fatmawati merupakan cara yang tepat untuk monitoring kekurangan-kekurangan dalam pelayanan sehingga dapat dilakukan perbaikan.

Upaya untuk mencapai nilai survey sesuai dengan target yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan cara melakukan perbaikan secara terus menerus dan peningkatan pelayanan serta pemenuhan sarana dan prasarana rumah sakit juga mengasah sumber daya manusia dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan dengan melakukan komunikasi yang baik dan seefektif mungkin sehingga pelanggan puas dengan pelayanan yang didapat.

Satuan kerja pelayanan yang mendapatkan hasil capaian nilai survey setiap tahunnya tentunya harus memperhatikan nilai-nilai dibawah target mendapatkan nilai kurang dari target yang telah ditentukan maka manajemen harus lebih memperhatikan dan

menuntut satuan kerja untuk meningkatkan nilai survey dan dibuktikan pada hasil survey berikutnya.

Satuan kerja pelayanan lebih fokus meningkatkan nilai yang rendah sehingga nilai di semester berikutnya dapat terlihat peningkatannya.

## 9. Tercapainya Sistem Kendali Mutu dan Kendali Biaya

### Indikator Kinerja :

#### 12) Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional

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

#### a. Kondisi yang dicapai:

#### Capaian Rasio PNBPN terhadap biaya operasional

INDIKATOR	TAHUN 2017			TAHUN 2018			TAHUN 2019		
	T	R	C	T	R	C	T	R	C
Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75	75%	100	75	80,30%	107,07	75	96,03%	128,04

Berdasarkan data di atas, Capaian rasio PNBPN terhadap biaya operasional sebesar **128,04%**, ini didapatkan dari perhitungan total pendapatan sampai dengan bulan Desember 2019 setelah dikurangi pendapatan APBN adalah sebesar Rp **573.899.729.583,-** sedangkan Total Beban Operasional adalah

**Rp 597.595.915.331,-** sehingga hasil perhitungan Rasio POBO periode sampai dengan bulan Desember 2019 adalah sebesar **96,03%**.

1. Realisasi Tahun 2019 Jika dibandingkan dengan target yang telah ditetapkan, maka pencapaian tahun 2019 sebesar 128,04%
2. Realisasi Tahun 2019 bila dibandingkan dengan realisasi tahun 2018, maka realisasi naik sebesar 15,73

**b. Analisa atas keberhasilan pencapaian indikator**

Dengan tercapainya target indikator Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO) pada tahun 2019 sebesar 128,04 %, didukung oleh beberapa hal sebagai berikut:

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

**c. Upaya untuk mempertahankan/meningkatkan capaian indikator**

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

Upaya-upaya yang akan dilakukan antara lain:

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

**PAGU ANGGARAN DIPA PENDAPATAN DAN DIPA RUPIAH MURNI  
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI  
TAHUN 2019**

KODE MAK	URAIAN	PAGU ANGGARAN		NAIK / TURUN	
		SEMULA	MENJADI	RUPIAH	%
2094.506	Gedung Layanan	35.000.000.000	35.000.000.000	-	
2094.508	Alat Kesehatan	51.172.039.000	85.672.698.000	34.500.659.000	67,42
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	403.616.040.000	374.249.924.000	(29.366.116.000)	(7,28)
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	121.015.325.000	250.253.601.000	129.238.276.000	106,79
2094.951	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	6.372.476.000	6.372.476.000	-	-
2094.970	Layanan Dukungan Manajemen Satker	6.783.960.000	6.783.960.000	-	-
2094.994	Layanan Perkantoran	122.893.843.000	135.669.121.000	12.775.278.000	10,40
<b>JUMLAH</b>		<b>746.853.683.000</b>	<b>894.001.780.000</b>	<b>(147.148.097.000)</b>	<b>(19,70)</b>

Sehubungan dengan pagu anggaran yang berubah, semula Rp. 746.853.683.000,- menjadi Rp. 894.001.780.000,- (19.70%). Kenaikan sebesar 19.70% dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain :

1. Revisi alokasi anggaran karena adanya penambahan alokasi Gaji dan Tunjangan yang berasal dari rupiah murni (2094.994) sebesar Rp 12.775.278.000, sehingga alokasi anggaran (2094.994) yang semula Rp 122.893.843.000,- dengan adanya penambahan alokasi tersebut berubah menjadi Rp 135.669.121.000,-
2. Surat dari Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI Nomor : PR.04.02/I/2463/2019 tanggal 29 Juli 2019 perihal Permintaan kelengkapan dokumen usulan penggunaan Dana Insentif Kementerian Kesehatan TA 2019. Dari alokasi anggaran Dana Insentif tahun 2019 untuk alokasi anggaran yang setuju untuk RSUP Fatmawati sebesar Rp 2.500.000.000 yang diperuntukan untuk pengadaan Obat-obatan dan BMHP.
3. Surat dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : PR.04.02/I/3858/2019 tanggal 2 September 2019, perihal Usulan Realokasi Anggaran Ditjen Pelayanan

Kesehatan TA 2019. Dari usulan Realokasi Anggaran RSUP Fatmawati mendapatkan sebesar Rp 118.807.131.000 yang dialokasi untuk :

- Belanja Modal Alat Kesehatan Rp 34.500.659.000
  - Belanja Barang Farmasi / Obat Rp 84.306.472.000
- Jumlah Rp 118.807.131.000**

4. Penggunaan Saldo Awal tahun 2019 sebesar Rp 13.065.688.736 yang dialokasikan untuk belanja Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai.

### PENCAPAIAN INDIKATOR KINERJA BERDASARKAN HASIL VERIFIKASI SPI RSUP FATMAWATI TAHUN 2019

REKAPITULASI RENSTRA RSUP.FATMAWATI TAHUN 2019  
HASIL VERIFIKASI SPI

NO	KPI	TARGET	DATA DARI KMKP		VERIFIKASI SPI		Keterangan	PIC
			TOTAL REALISASI	CAPAIAN %	Realisasi %	Capaian %		
1	% Pemenuhan Kompetensi SDM sesuai standart	90%	88,14	97,93	100,00	111,11	Lengkap	Ka.Bag.SDM
2	% Pemenuhan Kebutuhan Saprass alat kesehatan medic dan non medic sesuai standart.	90%	84,75	94,17	94,15	104,61	Lengkap	Ka.Biid Fasmed
3	% Pemenuhan Kebutuhan Saprass Pengendalian infeksi dan K.3.	90%	86,22	95,80	84,66	94,07	Lengkap	Ka. KPPI
					84,66	94,07	Lengkap	Ka.K3
4	% Integrasi Sistem Informasi	85%	80,52	96,29	87,50	102,94	Lengkap	Ka.ISIRS
5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP.Fatmawati pertahun	30	32,00	106,67	32,00	106,67	Lengkap	Ka.KomLitBang
6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	100%	94,15	94,15	94,14	94,14	Lengkap	Ka.Bid.Yan
7	% Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama layanan Kontrak (SDM, Farmasi, dan Alat kesehatan medic dan farmasi).	100%	100,00	100	100	100	Lengkap	Ka.Bag.Umum
8	Peningkatan jumlah program dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain.	1	3,00	300	3,00	300	Lengkap	Ka.Bag.Diklit
9	Ketepatan identifikasi pasien	100%	97,00	97,00	97,89	97,89	Lengkap	Ka.Bid. Keperawatan
10	Penerapan keselamatan operasi	100%	99,99	99,99	100	100	Lengkap	Ka.IBS
11	Indeks Kepuasan Pelanggan	80%	79,20	99,00	79,10	98,88	Lengkap	Ka.IPKH
12	Ratio PNPB terhadap biaya operasional	75%	98,14	130,85	96,03	128,04	Lengkap	Ka.Bag. Akuntansi
<b>RERATA</b>				<b>141,18</b>		<b>119,86</b>		

Jakarta, 27 Januari 2020  
Kepala SPI,  
  
dr. Solvia, Sp.M  
NIP. 195605191982122001

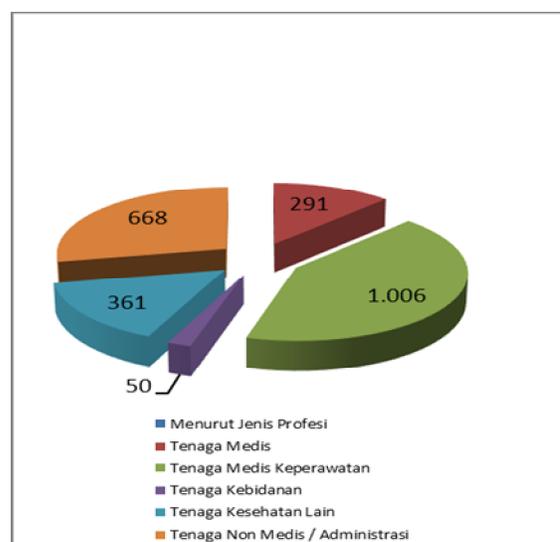
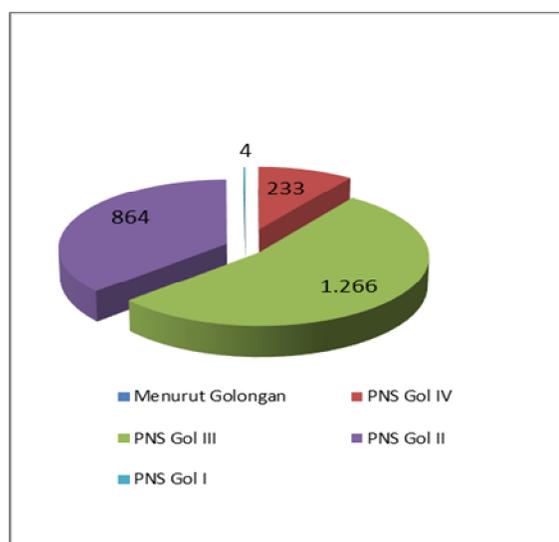
Capaian indikator kinerja rata-rata sudah lebih dari 100%, bisa diasumsikan arah gerak strategi dalam memenuhi visi misi sudah sesuai dengan harapan dengan rata-rata capaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2019 sebesar **119,86%** sedangkan realisasi alokasi DIPA Tahun Anggaran 2019 dengan penyerapan anggaran sebesar Rp. 813.819.586.887,- atau 91.03% dari alokasi yang tercantum dalam DIPA petikan sebesar Rp 894.001.780.000,- .

## SUMBER DAYA LAINNYA

### 1. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia di RSUP Fatmawati per 31 Desember 2019 sejumlah 2.367 pegawai, dengan kriteria kepegawaian sebagai berikut :

N O	URAIAN	JANUARI TH 2019	TAMBAH	KURANG	DESEMBER TH 2019
<b>1</b>	<b><u>Menurut Golongan</u></b>				
	PNS Gol IV	222	11		233
	PNS Gol III	1.281		15	1.266
	PNS Gol II	975		111	864
	PNS Gol I	4			4
	<b>Jumlah</b>	<b>2.482</b>	<b>11</b>	<b>126</b>	<b>2.367</b>
<b>2</b>	<b><u>Menurut Jenis Profesi</u></b>				
	Tenaga Medis	291		6	285
	Tenaga Medis Keperawatan	1.088		82	1.006
	Tenaga Kebidanan	52		5	47
	Tenaga Kesehatan Lain	354	7		361
	Tenaga Non Medis / Administrasi	697		29	668
	<b>Jumlah</b>	<b>2.482</b>	<b>7</b>	<b>122</b>	<b>2.367</b>



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 2019 tercatat sebagai berikut :

### LAPORAN PENGELOLAAN SUMBER DAYA SARANA DAN PRASARANA RSUP FATMAWATI TAHUN 2019

#### a. BMN INTRAKOMTABEL

Posisi Awal (1 Januari 2019)	Rp	5.356.097.398.391
Penambahan	Rp	63.706.290.522
Pengurangan	Rp	5.868.435.771
Posisi Akhir (31 Desember 2019)	Rp	5.413.935.253.142

#### b. BMN EKSTRAKOMTABEL

Posisi Awal (1 Januari 2019)	Rp	755.268.509
Penambahan	Rp	309.049
Pengurangan	Rp	-
Posisi Akhir (31 Desember 2019)	Rp	755.577.558

#### c. BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA

Posisi Awal (1 Januari 2019)	Rp	5.356.852.666.900
Penambahan	Rp	63.706.599.571
Pengurangan	Rp	5.868.435.771
Posisi Akhir (31 Desember 2019)	Rp	5.414.690.830.700

#### d. BMN ASET TAK BERWUJUD

Posisi Awal (1 Januari 2019)	Rp	2.943.818.453
Penambahan	Rp	-
Pengurangan	Rp	-
Posisi Akhir (31 Desember 2019)	Rp	2.943.818.453

#### e. KONTRUKSI DALAM Pengerjaan

Posisi Awal (1 Januari 2019)	Rp	-
Penambahan	Rp	-
Pengurangan	Rp	-
Posisi Akhir (31 Desember 2019)	Rp	-

## B. REALISASI ANGGARAN

### REALISASI PENYERAPAN ANGGARAN DIPA PENDAPATAN DAN DIPA RUPIAH MURNI RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI TAHUN 2019

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	35.000.000.000	-	-	35.000.000.000	100,00
2094.508	Alat Kesehatan	85.672.698.000	54.285.523.084	63,36	31.387.174.916	36,64
2094.509	Layanan Operasional UPT BLU	374.249.924.000	370.398.311.045	98,97	3.851.612.955	1,03
2094.512	Obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pa	250.253.601.000	247.520.469.436	98,91	2.733.131.564	1,09
2094.951	Layanan Sarana dan Prasarana Intern	6.372.476.000	1.994.293.216	31,30	4.378.182.784	68,70
2094.970	Layanan Dukungan Manajemen Satke	6.783.960.000	6.086.620.027	89,72	697.339.973	10,28
2094.994	Layanan Perkantoran	135.669.121.000	133.534.370.079	98,43	2.134.750.921	1,57
	<b>JUMLAH</b>	<b>894.001.780.000</b>	<b>813.819.586.887</b>	<b>91,03</b>	<b>80.182.193.113</b>	<b>8,97</b>

Realisasi penyerapan anggaran DIPA Pendapatan dan DIPA Rupiah Murni tahun 2019 sebesar Rp 813.819.586.887,- atau 91,03% dari alokasi yang telah ditentukan sebesar Rp. 894.001.780.000,- dipengaruhi beberapa faktor antara lain :

1. Adanya efisiensi dari DIPA Rupiah Murni sebesar Rp 2.861.665.353.
2. Tidak dilakukannya Revisi DIPA buka Blokir untuk pembangunan Gedung dan Bangunan Lanjutan Anggrek dikarenakan dokumen-dokumen administrasi tidak dapat terpenuhi pada tahun 2019.
3. Kebijakan internal RSUP Fatmawati untuk belanja PNPB tahun anggaran 2019 pagu belanja sebesar Rp 600.000.000.000 tetapi belanja ditetapkan sebesar Rp 500.000.000.000.



Dari Grafik diatas dapat disimpulkan Pagu Anggaran Tahun 2019 mengalami kenaikan sebesar 11,45% dari Tahun 2018 dan Realisasinya tahun 2019 mengalami kenaikan sebesar 18,86%. Kenaikan pagu dan realisasi tahun 2019 dikarenakan adanya penambahan alokasi DIPA Rupiah Murni sebesar Rp 134.082.409.000,- dan pengguna saldo awal BLU sebesar Rp 13.065.688.736.

## BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja RSUP Fatmawati Tahun 2019 merupakan pertanggung jawaban kinerja RSUP Fatmawati kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI selama kurun waktu satu tahun, dimana telah tertuang di dalam Penetapan Kinerja yang merupakan dokumen pernyataan kinerja/ kesepakatan kinerja/ perjanjian kinerja.

Hasil dari pencapaian kinerja RSUP Fatmawati tahun 2019 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 **119,86%** dengan penyerapan anggaran sebesar 91,03% 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

## A. FORM RENCANA KINERJA TAHUNAN

### RENCANA KINERJA TAHUNAN

Unit : RSUP Fatmawati

Tahun Anggaran : 2019

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET TH 2019
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1 % Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	90%
2	Terpeertinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2 % Pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	90%
		3 % Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	90%
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4 % Integrasi sistem informasi	85%
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5 Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	30
		6 % Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	100%
5	Tercapainya Supply Chain Management System	7 % Tindak lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8 Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9 Ketepatan identifikasi pasien	100%
		10 Penerapan Keselamatan Operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11 Indeks Kepuasan Pelanggan	80
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12 Rasio PNBP terhadap biaya operasional	75%

Jakarta, 6 Desember 2018  
Direktur Utama RSUP Fatmawati



## B. PERNYATAAN PERJANJIAN KINERJA

### DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN RSUP FATMAWATI JAKARTA



#### PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019

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 RSUP Fatmawati Jakarta

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, 19 Desember 2018

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama,



dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH  
NIP 196610091986101002

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019**  
**RSUP FATMAWATI JAKARTA**

<b>No</b>	<b>Sasaran Kegiatan</b>	<b>Indikator Kinerja</b>		<b>Target</b>
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Terwujudnya Peningkatan Komitmen SDM dalam Pengembangan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	1	Persentase Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	90%
2	Terpenuhinya Sumber Daya sesuai Standar Mutu dan Keselamatan Pasien	2	Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras alat kesehatan medik dan non medik sesuai standar	90%
		3	Persentase pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	90%
3	Terwujudnya Sistem Informasi Terintegrasi	4	Persentase integrasi sistem informasi	85%
4	Terwujudnya Integrasi Sistem Pelayanan Pendidikan dan Penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	30
		6	Persentase pelaksanaan supervisi DPJP sesuai level kompetensi	100%
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7	Persentase tindak lanjut hasil evaluasi kerja sama layanan kontrak	100%
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan identifikasi pasien	100%
		10	Penerapan keselamatan operasi	100%
8	Tercapainya peningkatan aksesibilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks kepuasan pelanggan	80
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNBK terhadap biaya operasional	75%

**Kegiatan**

**Anggaran**

1. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rp 746.853.683.000,-

Jakarta, 19 Desember 2018

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama,



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

## D. FORM PENGUKURAN KINERJA

### PENGUKURAN KINERJA

Unit Kerja : RSUP Fatmawati  
Tahun Anggaran : 2019

NO	SASARAN STRATEGIS	NO	JUDUL INDIKATOR	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1	Terwujudnya peningkatan komitmen SDM dalam pengembangan pelayanan, pendidikan dan penelitian	1	% Pemenuhan kompetensi SDM sesuai standar	90%	100%	111,11
2	Terpenuhinya sumber daya sesuai standar mutu dan keselamatan pasien	2	% Pemenuhan kebutuhan sarpras medik dan non medik sesuai standar	90%	94,15%	104,60
		3	% Pemenuhan kebutuhan sarpras pengendalian infeksi dan K3 sesuai standar	90%	84,66%	94,07
3	Terwujudnya sistem informasi terintegrasi	4	% Tingkat integrasi sistem informasi	85%	87,50%	102,94
4	Terwujudnya integrasi sistem pelayanan pendidikan dan penelitian	5	Penelitian yang dilakukan oleh SDM internal di RSUP Fatmawati per tahun	30	32	106,67
		6	% Pelaksanaan Supervisi DPJP sesuai level kompetensi	100%	94,14%	94,14
5	Tercapainya <i>Supply Chain Management System</i>	7	% Tindak Lanjut hasil evaluasi kerjasama Layanan Kontrak	100%	100%	100
6	Terwujudnya pengembangan program pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	8	Peningkatan jumlah program pendidikan dan pelatihan tenaga medis dan tenaga kesehatan lain	1	3	300
7	Terwujudnya pelayanan berbasis mutu dan keselamatan pasien	9	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	97,89%	97,89
		10	Penerapan Keselamatan Operasi	100%	100%	100
8	Tercapainya peningkatan aksebilitas untuk kepuasan pelanggan internal dan eksternal	11	Indeks Kepuasan Pelanggan	80%	79,10%	98,88
9	Tercapainya sistem kendali mutu dan kendali biaya	12	Rasio PNBPN terhadap biaya operasional	75%	96,03%	128,04
			<b>RERATA</b>			<b>119,86</b>

## E. SK TIM LAKIP



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

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



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

**MASTER**

TENTANG

TIM PENYUSUN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RSUP FATMAWATI

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

- Menimbang :
- 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";
  - 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 :
- TAP MPR Nomor : XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
  - Undang-Undang Nomor : 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
  - Instruksi Presiden Nomor : 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
  - Instruksi Presiden Nomor : 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi.
  - Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara & Reformasi Birokrasi Nomor : 12/2015 tentang Pedoman Evaluasi Atas Implementasi SAKIP.
  - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
  - Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.02/Menkes/52/2015 tanggal 6 Februari 2015 tentang Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019.
  - 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.
  - 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.
  - 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



- 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 terhitung mulai tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Keputusan ini, maka akan ditinjau kembali untuk diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan Di : Jakarta  
Pada Tanggal : 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.





**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, SDM dan Pendidikan  
3. Direktur Keuangan
- KETUA : Kepala Bagian Perencanaan dan Anggaran
- WAKIL KETUA : 1. Ketua Komite Mutu dan Manajemen Risiko  
2. Kepala Satuan Pemeriksa Intern
- SEKRETARIS : Ketua Sub Komite Penilaian Kinerja KMMR
- ANGGOTA : 1. 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



F. PENGHARGAAN YANG DIPEROLEH RSUP FATMAWATI TAHUN 2019





Komisi Akreditasi Rumah Sakit

# SERTIFIKAT AKREDITASI RUMAH SAKIT

Nomor: KARS-SERT/1234/XII/2019

Sertifikat ini diberikan sebagai pengakuan bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi Rumah Sakit dan dinyatakan :

**LULUS TINGKAT :**

## PARIPURNA

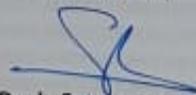


Kepada :

Nama Rumah Sakit : **RSUP FATMAWATI**  
Alamat : Jl. RS. Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan  
Prov. DKI Jakarta  
Berlaku : 18 NOVEMBER 2019 s/d 17 NOVEMBER 2022



Jakarta, 2 Desember 2019  
KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT  
Ketua Eksekutif,

  
Dr. dr. Sutoto, M.Kes





**MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

menganugerahkan

**TANDA PENGHARGAAN  
BAGI INDIVIDU YANG BERJASA  
DALAM PEMBANGUNAN BIDANG KESEHATAN**

kepada :

**Dr. Mochammad Syafak Hanung, Sp.A, MPH  
RSUP Fatmawati**

sebagai

**Peringkat III**

**Unit Pengolah Terbaik  
Di Lingkungan Kementerian Kesehatan Tahun 2019**

(Kep. Menkes RI Nomor : HK.01.07/Menkes/711/2019)

Jakarta, 6 November 2019

**MENTERI KESEHATAN,**







## G. BUKTI UPLOAD REALISASI ANGGARAN DALAM EMONEV DJA



# BUKTI UPLOAD LAPORAN EMONEV BAPPENAS

← → e-monev.bappenas.go.id/2019/home#

**eMONEV** 3. PRATINJAU REALISASI KOMPONEN

**USER K8**  
Satuan Kerja

**INFORMASI**

TAHUN ANGGARAN : 2019  
 KEMENTERIAN/LEMBAGA : [024] - KEMENTERIAN KESEHATAN  
 UNIT KERJA/ESELON I : [04] - Ditjen Pelayanan Kesehatan  
 SATUAN KERJA : [415432] - RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA

**KEGIATAN**

NO	KODE	NOMENKLATUR KEGIATAN	ALOKASI ANGGARAN (RUPIAH)	REALISASI ANGGARAN (RUPIAH)
1	2094	Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan	894,001,780,000	813,819,586,887
TOTAL			894,001,780,000.00	813,819,586,887.00

\* Klik untuk lihat detail

BAB III LKJ 2019\_R...docx    BAB IV LKJ 2019...docx    BAB III LKJ 2019...docx    BAB II LKJ 2019...docx    BAB I LKJ 2019\_R...docx    Tampilkan semua X

Start    12:02 02/04/2020

← → e-monev.bappenas.go.id/2019/home#

**eMONEV** 3. PRATINJAU REALISASI KOMPONEN

**USER K8**  
Satuan Kerja

**PROGRAM** : [07] - Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan  
**UNIT KERJA/ESELON II** : [06] - Sekretariat Ditjen Pelayanan Kesehatan  
**SATUAN KERJA** : [415432] - RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA  
**KEGIATAN** : [2094] - Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan

**OUTPUT KEGIATAN**

NO	KODE	NOMENKLATUR OUTPUT	ALOKASI ANGGARAN (RUPIAH)	REALISASI ANGGARAN (RUPIAH)
1	506	Gedung Layanan	35,000,000,000	0
2	508	Alat Kesehatan	85,672,698,000	54,285,523,084
3	509	Layanan operasional UPT BLU	374,249,924,000	370,398,311,045
4	512	Obat-Obatan dan Bahan Medis Habis Pakai	250,253,601,000	247,520,469,436
5	951	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	6,372,476,000	1,994,293,216
6	970	Layanan Dukungan Manajemen Satker	6,783,960,000	6,086,620,027
7	994	Layanan Perkantoran	135,669,121,000	133,534,370,079
TOTAL			894,001,780,000.00	813,819,586,887.00

\* Klik untuk lihat detail

BAB III LKJ 2019\_R...docx    BAB IV LKJ 2019...docx    BAB III LKJ 2019...docx    BAB II LKJ 2019...docx    BAB I LKJ 2019\_R...docx    Tampilkan semua X

Start    12:03 02/04/2020

## BUKTI UPLOAD LAKIP DALAM APLIKASI EPERFORMANCE KEMENKES TAHUN 2019

← → e-renggar.kemkes.go.id/index.php/e-performance/performance/list\_tahunan\_lkj

E-RENGGAR RS FATMAWATI PERFORMANCE | 2019

Halaman Utama  
Rencana Kerja Kementerian  
Rencana Kerja Sabker  
E-Performance  
Dashboard  
Dokumen Perencanaan  
Laporan Kinerja  
Input Dokumen Laporan Kinerja  
List Dokumen Laporan Kinerja  
Perencanaan  
Capaian  
User Menu  
Logout

### List Laporan Kinerja

Departemen: KEMENTERIAN KESEHATAN  
Unit: DITJEN PELAYANAN KESEHATAN  
Subunit: RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA

Cari Laporan Kinerja

NAMA	File Laporan (pdf)	Status	Versi	AKSI
RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA		AKIF	1	

2020 © E-Renggar | Kementerian Kesehatan

← → e-renggar.kemkes.go.id/index.php/e-performance/performance/list\_tahunan

E-RENGGAR RS FATMAWATI PERFORMANCE | 2019

Halaman Utama  
Rencana Kerja Kementerian  
Rencana Kerja Sabker  
E-Performance  
Dashboard  
Dokumen Perencanaan  
Input Dokumen Perencanaan  
List Dokumen Perencanaan  
Laporan Kinerja  
Perencanaan  
Capaian  
User Menu  
Logout

### List Tahunan

Kementerian: KEMENTERIAN KESEHATAN  
Unit: DITJEN PELAYANAN KESEHATAN  
Subunit: RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA

Cari Perencanaan Tahunan

NAMA	File RENCANA (pdf)	File PK (pdf)	File RAK (pdf)	Status	Versi	AKSI
RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA				TIDAK AKIF	3	
RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA				TIDAK AKIF	2	
RUMAH SAKIT FATMAWATI JAKARTA				AKIF	1	

2020 © E-Renggar | Kementerian Kesehatan