

**LAPORAN KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
(LKjIP)
TAHUN 2020**



**RSUD MARDI WALUYO
KOTA BLITAR
2021**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan ke Hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas Rahmat dan Ridho-Nya, penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun 2020 dapat diselesaikan dengan baik. Penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar wajib dilaksanakan didasarkan pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Dengan merujuk kepada Rencana Strategis RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2016-2021 sebagai penjabaran dari RPJMD 2016-2021 Kota Blitar

Melalui Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2020, maka gambaran dari hasil-hasil yang dicapai berdasarkan kinerja sasaran strategis yang dilaksanakan oleh bidang dan bagian di lingkungan RSUD Mardi Waluyo sesuai dengan Rencana Strategis Tahun 2016-2021, yang dijabarkan dalam Rencana Kinerja Tahun 2018. Sebagai umpan balik untuk pengambilan keputusan alat perbaikan manajemen serta sebagai media pertanggungjawaban kinerja kepada publik. Pengukuran pencapaian kinerja dilakukan dengan merujuk pada realisasi kinerja sasaran dan anggaran tahun 2020.

LKjIP RSUD "Mardi Waluyo" Kota Blitar Tahun 2020 diharapkan dapat memberikan informasi mengenai seberapa jauh keberhasilan rumah sakit dalam melaksanakan tugas dan fungsinya pada tahun 2020. Semoga dapat bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Blitar, 15 Januari 2021



Dr. RAMIADJI, Sp.B
Pembina Utama Madya
NIP. 19620530 198802 1 001

IKHTISAR EKSEKUTIF

RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar merupakan salah satu unsur dari Pemerintah Kota Blitar yang bertugas membantu Kepala Daerah (Walikota) dalam melaksanakan tugas-tugas dibidang kesehatan. Sebagaimana diketahui Kota Blitar memiliki Visi “**Masyarakat Kota Blitar Semakin Sejahtera Melalui APBD Pro Rakyat Pada Tahun 2021**” Untuk mendukung terwujudnya Visi tersebut, RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar sebagai salah satu Perangkat Daerah yang bertugas membantu Walikota dibidang kesehatan telah menetapkan Visi “**MENUJU RUMAH SAKIT DAERAH MARDI WALUYO SEBAGAI RUMAH SAKIT PILIHAN UTAMA YANG TERPERCAYA MELAYANI SEMUA MASYARAKAT PADA TAHUN 2021**”. Sesuai dengan rencana kerja tahun 2020, visi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar dicapai melalui 2 (dua) misi yaitu :

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, berkualitas dengan mengutamakan keselamatan, membangun citra pelayanan kesehatan yang partisipatif, serta menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian.
2. Mewujudkan tata kelola rumah sakit yang profesional, akuntabel dan transparan.

Tujuan :

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang paripurna, berkualitas dengan mengutamakan keselamatan, membangun citra pelayanan kesehatan yang partisipatif, serta menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian.
2. Meningkatkan tata kelola rumah sakit yang professional, akuntabel dan transparan.

Untuk mewujudkan tujuan yang hendak dicapai tersebut, maka RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar menetapkan 1 (satu) sasaran strategis yaitu ***Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat*** yang didukung 3 (tiga) program yaitu :

1. Program Pengadaan , Peningkatan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit / Rumah Sakit Jiwa / Rumah Sakit Paru-Paru.
2. Program Pembinaan Lingkungan Sosial (Kesehatan).
3. Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD.

Untuk melaksanakan kegiatan RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar mempunyai anggaran yang terdiri dari : Anggaran BLUD, Dana Alokasi Khusus (DAK) dan Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT).

Laporan Kinerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja sasaran strategis yang menjadi kinerja utama dengan dukungan kinerja program dan kegiatan yang telah dilaksanakan selama 1 (satu) tahun anggaran 2020. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar didukung dengan dana yang cukup memadai, pada tahun 2020 jumlah dana yang dianggarkan sebagai berikut :

1. Belanja Tidak Langsung	:Rp.	30.267.408.979,00
2. Belanja Langsung	:Rp.	<u>113.090.506.378,79</u>
Jumlah	:Rp.	143.357.915.357,79

Realisasi anggaran sangat dipengaruhi oleh sistem penganggaran berbasis kinerja, akan tetapi karena RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar berstatus sebagai BLUD penuh, maka dalam pengelolaan anggaran dapat menyesuaikan dengan prioritas kebutuhan dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
IKHISAR EKSEKUTIF	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi	2
C. Maksud dan Tujuan	6
D. Dasar Hukum	6
E. Aspek-Aspek Strategis	7
F. Isu-Isu Strategis	9
BAB II	11
PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	11
A. Rencana Strategis	11
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2020	12
BAB III	14
AKUNTABILITAS KINERJA	14
A. Pengukuran Capaian Kinerja	14
1. Analisis Capaian Kinerja Berdasarkan Target dan Realisasi Tahun 2020	15
2. Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2019 – 2020	86
3. Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan Akhir Periode Renstra	87
4. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional (Target SPM) ...	87
B. Akuntabilitas Keuangan (Cost per Outcome)	88
1. Alokasi Per Sasaran Pembangunan	88
2. Pencapaian Kinerja dan Anggaran	89
3. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	90
C. Prestasi/Penghargaan	90
BAB IV	92
PENUTUP	92
A. Kesimpulan	92
B. Langkah Perbaikan	95

Lampiran – lampiran :

- A. Rencana Strategis OPD Tahun 2016-2021 (terbaru)
- B. Rencana Kinerja Tahunan Tahun 2020
- C. Perubahan Perjanjian Kinerja Tahun 2020
- D. Pengukuran Kinerja tahun 2020

DAFTAR TABEL

- Tabel 1.1 Penentuan Faktor Internal, Faktor Eksternal dan Alternatif Strategi
- Tabel 1.2 Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar
- Tabel 1.3 Identifikasi Isu-isu Strategis
- Tabel 2.1 Indikator Kinerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2016-2021 yang Mengacu pada Tujuan dan Sasaran RPJMD
- Tabel 2.2 Indikator Kinerja Utama Tahun 2020
- Tabel 2.3 Sumber Pembiayaan RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun Anggaran 2020
- Tabel 3.1 Pencapaian Kinerja Pelayanan
- Tabel 3.2 Indikator Standart Pelayanan Minimal RSUD Mardi Waluyo
- Tabel 3.3 Pencapaian Kinerja Keuangan Tahun 2020
- Tabel 3.4 Pencapaian Kinerja Kegiatan pada Program Peningkatan Sarana dan Prasarana RS/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru
- Tabel 3.5 Daftar Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit dengan Dana DAK 2020
- Tabel 3.6 Pencapaian Kinerja Kegiatan pada Program Pembinaan Lingkungan Sosial (DBHCHT bidang kesehatan)
- Tabel 3.7 Daftar Pengadaan alat Kedokteran (alat jantung dan paru)
- Tabel 3.8 Pencapaian Kinerja Kegiatan pada Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD
- Tabel 3.9 Perbandingan Realisasi Kinerja tahun 2019-2020
- Tabel 3.10 Perbandingan Realisasi Kinerja Pelayanan sampai dengan Akhir Periode Renstra
- Tabel 3.11 Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional (Target SPM)
- Tabel 3.12 Anggaran dan Realisasi Belanja Langsung Tahun anggaran 2020
- Tabel 3.13 Alokasi Per Sasaran Pembangunan
- Tabel 3.14 Pencapaian Kinerja dan Anggaran
- Tabel 3.15 Penggunaan Sumber daya

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 LATAR BELAKANG

Terselenggaranya Pemerintahan yang baik, bersih dan berwibawa merupakan syarat untuk mewujudkan aspirasi masyarakat dalam mencapai tujuan serta cita-cita bangsa dan negara, sehingga diperlukan pengembangan dan penerapan sistem pertanggung jawaban yang tepat, jelas dan legitimate agar penyelenggaraan pemerintahan dan pembangunan dapat berlangsung secara berdayaguna, berhasilguna, bersih dan bertanggungjawab, serta bebas dari korupsi, kolusi dan nepotisme.

Laporan kinerja merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran. Petunjuk penyusunan Pelaporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar didasarkan pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review atas laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Penyusunan Laporan Kinerja RSUD Mardi Waluyo Tahun 2020, mengacu pada Rencana Strategis RSUD Mardi Waluyo Tahun 2016 – 2021 yang merupakan dokumen perencanaan 5 (lima) tahunan, Rencana Kinerja RSUD Mardi Waluyo Tahun 2020, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) BLUD RSUD Mardi Waluyo serta Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Pemerintah Kota Blitar Tahun 2020.

LKjIP RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2020 disusun dengan menyajikan informasi kinerja yang terukur atas pencapaian sasaran, realisasi pencapaian indikator sasaran disertai dengan penjelasan yang memadai atas pencapaian kinerja dan perbandingan capaian indikator kinerja. LKjIP RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar merupakan laporan atas kemajuan penyelenggaraan kegiatan yang telah dicapai serta sebagai evaluasi untuk peningkatan kinerja yang berkesinambungan selanjutnya.

I.2 KEDUDUKAN, TUGAS POKOK dan FUNGSI

RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar berdiri pada tahun 1942 berada di Jl. Dr. Sutomo Nomor 29 Blitar, kemudian relokasi ke Jl. Kalimantan No. 113 Kota Blitar pada tahun 2007. RSUD Mardi Waluyo pada awalnya adalah rumah sakit klas D kemudian mengalami perkembangan seiring berjalan waktu dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Berdasarkan SK. MENKES No : 735/MENKES/SK/VI/2007 Tanggal 20 Juni 2007 RSUD mardi Waluyo meningkat dari klas C menjadi klas B Non Pendidikan. Pada tahun 2009 RSUD Mardi Waluyo berdasarkan Keputusan Walikota Blitar Nomor : 188/154/HK/422.0102/2009 RSUD mardi Waluyo Kota Blitar ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah. Tahun 2017 RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar melaksanakan akreditasi dan telah mencapai kelulusan dengan predikat PARIPURNA. Untuk mendukung pencapaian akreditasi RSUD Mardi Waluyo melaksanakan visitasi rumah sakit pendidikan dan berkat dukungan serta kerjasama seluruh pegawai RSUD Mardi Waluyo, pada Tahun 2018 RSUD Mardi Waluyo mengalami perubahan status dari rumah sakit Klas B Non Pendidikan menjadi Klas B Pendidikan dan review akreditasi yang dilaksanakan setiap tahun yaitu tahun 2018 dan 2019, serta pada tanggal 26-29 Februari 2020 dilaksanakan survey simulasi akreditasi, rencana akreditasi pada bulan Mei 2020 ditunda karena adanya pandemi covid-19.

RSUD Mardi Waluyo adalah unsur pendukung tugas Walikota dibidang pelayanan kesehatan paripurna, oleh karena itu mempunyai tugas meyakini dan melaksanakan kebijakan daerah dibidang pelayanan kesehatan paripurna. Sesuai dengan Peraturan Walikota Blitar Nomor 42 tahun 2014 tentang Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo, untuk menjalankan tugas tersebut RSUD Mardi Waluyo mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standart pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat II sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumberdaya manusia dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
4. Perumusan kebijakan dibidang penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
5. Perumusan kebijakan dibidang penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasarkan peraturan perundang-undangan.
6. Pendukung penyelenggaraan pemerintahan daerah dibidang pelayanan kesehatan.

7. Pengkoordinasian penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
8. Penyelenggaraan dan pengelolaan administrasi dan urusan rumah tangga RSUD.
9. Penyelenggaraan tugas pelayanan medis dan penunjang medis, keperawatan serta pengendalian dan pelaporan.

Untuk melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud diatas, RSUD mempunyai kewenangan :

1. Penyusunan kebijakan teknis dibidang pelayanan kesehatan.
2. Penyelenggaraan pelayanan medis.
3. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medis dan non medis.
4. Penyelenggaraan pelayanan asuhan keperawatan.
5. Penyelenggaraan pelayanan rujukan.
6. Penyelenggaraan pelayanan medico legal.
7. Penyelenggaraan pelayanan konsultasi khusus.
8. Penyelenggaraan pemulasaran jenazah.
9. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan.
10. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan.
11. Pembinaan dan penyelenggaraan administrasi umum dan keuangan.

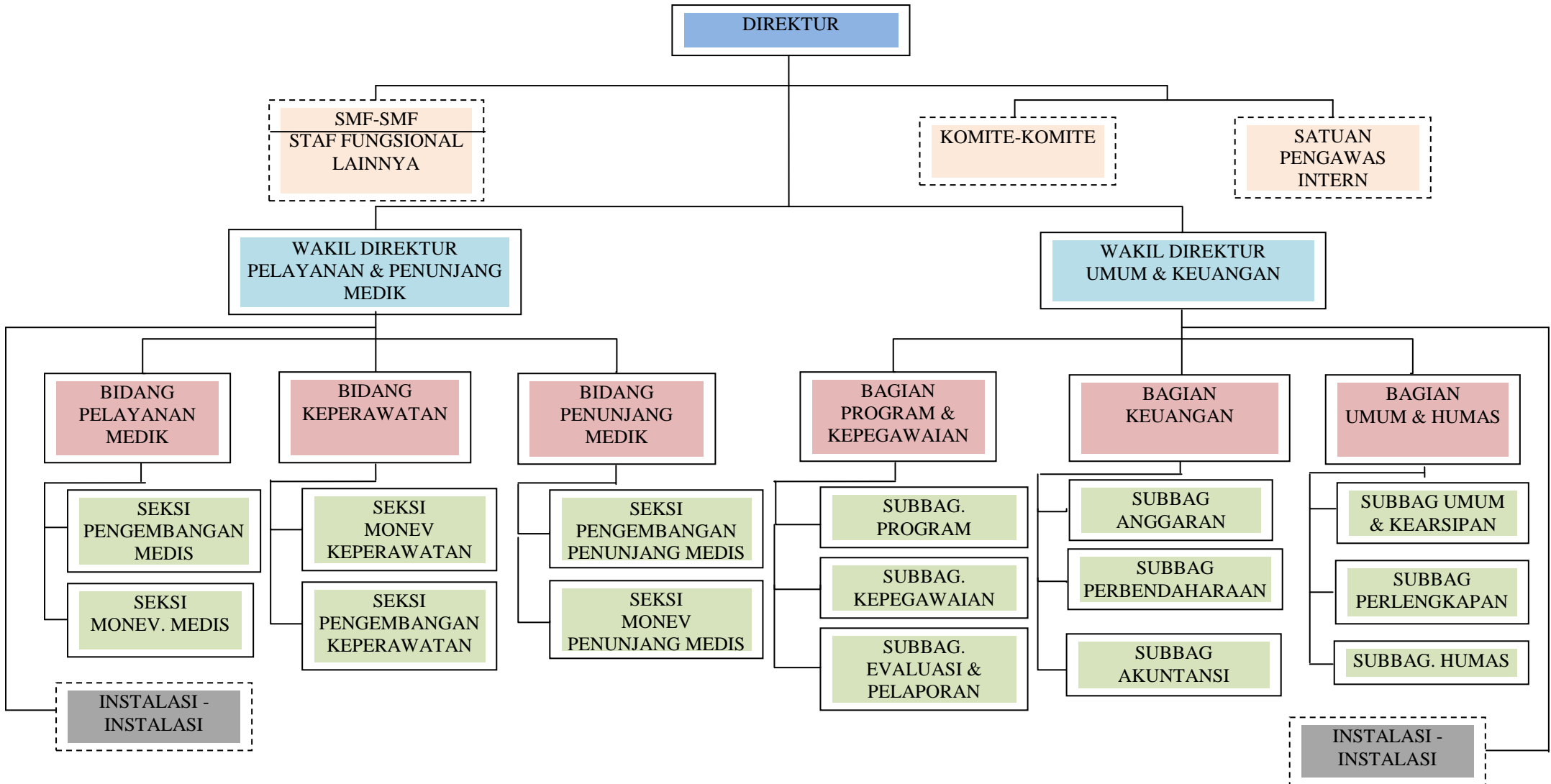
Berikut Susunan Organisasi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar :

- a. Direktur
- b. Wakil Direktur Pelayanan Dan Penunjang Medis yang membawahi 3 (tiga) bidang yaitu :
 - 1) Bidang Pelayanan Medis
 - a) Seksi Pengembangan Medis
 - b) Seksi Monev. Medis
 - 2) Bidang Keperawatan
 - a) Seksi Pengembangan Keperawatan
 - b) Seksi Monev. Keperawatan
 - 3) Bidang Penunjang Medis.
 - a) Seksi Pengembangan Penunjang Medis
 - b) Seksi Monev. Penunjang Medis
- c. Wakil Direktur Umum dan Keuangan yang membawahi 3 (tiga) bagian yaitu :
 - 1) Bagian Umum Dan Humas
 - a) Subbag. Umum & Kearsipan
 - b) Subbag. Perlengkapan
 - c) Subbag. Humas

- 2) Bagian Keuangan
 - a) Subbag. Anggaran
 - b) Subbag. Perbendaharaan
 - c) Subbag. Akuntansi
- 3) Bagian Program Dan Kepegawaian
 - a) Subbag. Program
 - b) Subbag. Kepegawaian
 - c) Subbag. Evaluasi & Pelaporan

Struktur Organisasi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar digambarkan sebagai berikut :

STRUKTUR ORGANISASI RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR TAHUN 2019



1.3 MAKSUD DAN TUJUAN

RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar sebagai Perangkat Daerah di Lingkungan Pemerintah Kota Blitar memenuhi kewajiban menyusun Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) sebagai perwujudan pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya pelaksanaan kebijakan dan program / kegiatan yang dipercayakan kepada setiap Instansi Pemerintah termasuk RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar dengan maksud dan tujuan :

1. Mendorong RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar untuk dapat melaksanakan tugas dan fungsinya secara baik dan benar, yang didasarkan kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku, kebijakan yang transparan, dapat dipertanggungjawabkan kepada seluruh masyarakat pengguna fasilitas kesehatan serta kepada Pemerintah Kota Blitar sebagai provider.
2. Menjadikan RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar yang akuntabel, sehingga dapat berperan secara efisien, efektif dan responsive terhadap aspirasi masyarakat dan lingkungan kerja yang nyaman, tertib, dan kondusif ;
3. Menjadikan masukan dan umpan balik dari pihak-pihak yang berkepentingan dalam rangka meningkatkan kinerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar guna membantu meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat dan mendukung tugas dan fungsi Pemerintah Kota Blitar dalam bidang kesehatan.
4. Terpeliharanya kepercayaan masyarakat, khususnya Kota Blitar terhadap Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah Mardi Waluyo Kota Blitar dalam upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam mendukung program kerja bidang kesehatan Pemerintah Kota Blitar.

1.4 DASAR HUKUM

- a. Undang – undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas korupsi, kolusi dan nepotisme;
- b. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;
- c. Peraturan Pemerintah Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- d. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : PER/09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah;

- e. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 35 Tahun 2011 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- f. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi No : 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Tehnis Perjanjian Kinerja Pelaporan Kinerja Dan Tatacara Review Atas Laporan Kinerja Pemerintah;
- g. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor : Per-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan;
- h. Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 8 tahun 2008 tentang Penetapan RSUD Mardi Waluyo menjadi BLUD;
- i. Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 4 tahun 2013 tentang Organisasi Perangkat Daerah;
- j. Peraturan Walikota Nomor 42 Tahun 2014 Tentang Tugas Pokok Fungsi dan Tata Kerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar;
- k. Peraturan Walikota Blitar Nomor 45 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar
- l. Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 6 Tahun 2017 tentang Perubahan Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 2 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Blitar Tahun 2016-2021;
- m. Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2020 Tentang Perubahan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Kota Blitar Tahun 2020;
- n. Peraturan Walikota Blitar Nomor 74 Tahun 2020 Tentang Penjabaran P – APBD Tahun 2020.

1.5 ASPEK – ASPEK STRATEGIS

Untuk menganalisis aspek – aspek strategis perlu dilaksanakan pemetaan interaksi faktor antara lingkungan eksternal RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar didalam melaksanakan tugas dan fungsi organisasi dengan memadukan faktor internal dan faktor eksternal yang telah diidentifikasi sebelumnya dengan prinsip kerja dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 1.5.1 Penentuan Faktor Internal, Faktor Eksternal dan Alternatif Strategi

STRENGTH – OPPORTUNITY (SO)	STRENGTH – THREAT (ST)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengembangan pelayanan dengan menggunakan sumber daya yang ada. 2. Menggunakan dana yang ada untuk membantu percepatan pengembangan dan pembangunan. 3. Meningkatkan kerjasama dengan pihak ketiga untuk mengadakan kerjasama dalam pelayanan kesehatan dan peningkatan mutu pelayanan. 4. Memanfaatkan pelayanan medis sesuai dengan standar RS kelas B Pendidikan untuk memperluas jangkauan pelayanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit dengan meningkatkan profesionalisme SDM guna meningkatkan kepercayaan masyarakat. 2. Penggunaan sarana dan prasarana serta SDM untuk mengimbangi laju tranformasi teknologi kedokteran dan informasi. 3. Meningkatkan kualitas manajemen pengelolaan rumah sakit agar mampu bersaing di era global dengan pelayanan unggulan

WEAKNESS – OPPORTUNITY (WO)	WEAKNESS – TREATMENT (WT)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan SDM untuk memenuhi tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan. 2. Memantapkan manajemen tata kelola rumah sakit agar mampu bersaing antar rumah sakit dalam merebut pasar. 3. Meningkatkan mutu pelayanan agar dapat memperluas kerjasama dengan pihak ketiga. 4. Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai dengan standar untuk memenuhi tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantapkan manajemen pengelolaan rumah sakit agar mampu bersaing dengan rumah sakit swasta. 2. Meningkatkan profesionalisme SDM untuk melaksanakan pelayanan prima. 3. Meningkatkan mutu pelayanan untuk meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah sakit pemerintah.

Berdasarkan hasil analisis dari aspek pelayanan sesuai dengan tugas dan fungsi di RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar terdapat beberapa identifikasi permasalahan seperti tabel di bawah ini :

Tabel 1.5.2
Identifikasi Permasalahan Berdasarkan Tugas dan Fungsi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

Aspek Ka- jian	Capaian/ Kondisi Saat ini	Standar yang digunakan	Faktor yang mempengaruhi		Permasalahan Pelayanan RSUD Mardi Waluyo
			Internal (Kewenangan RSUD Mardi Waluyo)	Eksternal (di- luar kewenan- gan RSUD Mardi Waluyo)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Kualitas Pe- layanan Kesehatan	Indeks Kepuasan Masyarakat	- Standar Pelayanan Minimal (SPM) - Capaian kinerja BLUD	- Sistem Biling RS - Sarana prasarana yang terus meningkat - Kecukupan SDM pelaya- nan	- Sistem rujukan belum berjalan optimal - Aturan yang sering berubah ubah dari pihak ketiga terkait penjaminan kesehatan	- SIM RS yg belum ber- jalan secara optimal - Tingginya angka rujukan pasien dari RS lain dalam kondisi kritis
Kualitas Manajemen Pengelolaan RumahSakit		- Cost Re- covery Rate (tingkat kemandir- ian keuan- gan RS) - Persentase Pelayanan sesuai Standar RS kelas B Pendidikan	- Penguatan SDM, Keuangan dan SDM manajemen - Penambahan jenis layanan baru		- Masih banyak SDM yang be- lum menda- patkan pelati- han sesuai Standar Ak- reditasi / RSP - Kurangnya jumlah tenaga kesehatan maupun non kesehatan - Belum adanya tenaga dokter sup spesialis

1.6 ISU - ISU STRATEGIS

Tahun 2020 adalah tahun dimana suatu wabah telah melanda di seluruh dunia, tak terkecuali Indonesia. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Coronavirus* jenis baru. Penyakit ini diawali dengan munculnya kasus pneumonia yang tidak diketahui etiologinya di Wuhan, China pada akhir Desember 2019 (Li *et al*, 2020). Berdasarkan hasil penyelidikan epidemiologi, kasus tersebut diduga berhubungan dengan Pasar Seafood di Wuhan. Pada tanggal 7 Januari 2020, Pemerintah China ke-

mudian mengumumkan bahwa penyebab kasus tersebut adalah *Coronavirus* jenis baru yang kemudian diberi nama SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). Virus ini berasal dari famili yang sama dengan virus penyebab SARS dan MERS. Meskipun berasal dari famili yang sama, namun SARS-CoV-2 lebih menular dibandingkan dengan SARS-CoV dan MERS-CoV (CDC China, 2020). Proses penularan yang cepat membuat WHO menetapkan COVID-19 sebagai KKMMD/PHEIC pada tanggal 30 Januari 2020. Angka kematian kasar bervariasi tergantung negara dan tergantung pada populasi yang terpengaruh, perkembangan wabahnya di suatu negara, dan ketersediaan pemeriksaan laboratorium

Indonesia melaporkan kasus pertama COVID-19 pada tanggal 2 Maret 2020 dan jumlahnya terus bertambah hingga sekarang. Sampai dengan tanggal 30 Desember 2020 Kementerian Kesehatan melaporkan 735.124 kasus konfirmasi COVID-19 dengan 21.944 kasus meninggal (CFR 3,0%) dan 603.741 sembuh. Propinsi Jawa Timur, 83.217 kasus konfirmasi COVID-19 dengan 5.762 kasus meninggal (CFR 6,9%) dan 71.378 sembuh.

RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar melaporkan kasus suspek, ODP pertama pada tanggal 14 Maret 2020 dan PDP pada tanggal 22 Maret 2020, kasus konfirmasi pertama dirawat mulai 23 Maret 2020 (dengan hasil swab positif pada tanggal 31 Maret 2020) dan masih terus berlanjut hingga sekarang. Sampai dengan 31 Desember 2020, sebanyak 337 kasus konfirmasi COVID-19 dengan 82 kasus meninggal (CFR 24,33%) dan 246 sembuh.

Dengan adanya wabah covid-19 ini menuntut semua pelayanan kesehatan terutama sarana dan prasarana termasuk sumber daya manusia disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi pandemi. Pandemi ini telah memberikan dampak yang sangat luar biasa terhadap kesehatan dan perekonomian masyarakat. Meskipun terjadi pandemi RSUD Mardi Waluyo tetap berupaya memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat.

Meningkatnya fasilitas kesehatan baik di Kota Blitar maupun diluar Kota Blitar, memberikan dampak bagi RSUD Mardi Waluyo untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat . Dampak positif yang mungkin terjadi yaitu meningkatnya jumlah fasilitas tenaga kesehatan, meningkatnya jumlah kualitas/mutu alat kesehatan, meningkatnya lapangan pekerjaan bagi tenaga kesehatan domestik, meningkatnya pelayanan kesehatan yang lebih baik, sehingga akan meningkatkan persaingan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.

Dampak negatif yang mungkin terjadi yaitu meningkatnya penyalahgunaan pemanfaatan teknologi kedokteran, persaingan yang tidak sehat antar tenaga kesehatan domestik dan asing dalam mempertahankan pelanggan ataupun menurunkan tarif sehingga apabila keadaan seperti ini tidak diawasi maka akan timbul konflik internasional (asing vs domestik). Dampak buruk yang tidak kalah penting yaitu berubahnya filosofi pelayanan kesehatan yang semula sosial menjadi komersial.

Tabel 1.6.1
Identifikasi Isu-isu Strategis

No	Isu Strategis			
	Dinamika Interna-sional	Dinamika Nasional	Dinamika Re-gional/Lokal	Lain-lain
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Perdagangan bebas ASEAN dan MEA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diterapkannya sistem JKN 2. Akreditasi Standar Nasional versi 2012, Tahun 2017 RSUD telah melaksanakan akreditasi dan lulus dengan predikat "PARIPURNA" 3. Perubahan status Klas RSUD Mardi Waluyo dari Klas B Non Pendidikan menjadi Klas B Pendidikan 4. Review Akreditasi Tahun 2018 dan 2019 5. Tuntutan penerapan reformasi birokrasi bidang kesehatan 6. Pelaksanaan survey simulasi akreditasi versi 1.1 pada tahun 2020 7. Terjadinya Pandemi Covid-19 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum optimalnya kualitas pelayanan rumah sakit 2. Kurangnya tenaga dokter spesialis dan sub spesialis 3. Kurangnya tenaga kesehatan maupun non kesehatan 	

Salah satu dampak dari pandemi covid-19 adalah meningkatnya angka kemiskinan telah menjadi fenomena global dan menjadi agenda bersama di dunia untuk menekan secara signifikan angka kemiskinan disetiap Negara. Sustainable Development Goals (SDGs) dalam salah satu indikator capaiannya memberikan penekanan khusus pada pengurangan angka kemiskinan secara signifikan disetiap negara. Jika dilihat dari dinamika nasional dengan diterapkannya Sistem Jaminan Kesehatan (JKN), maka JKN mempunyai multi manfaat, secara medis maupun non medis mempunyai manfaat secara kprehensif yakni pelayanan yang diberikan bersifat paripurna mulai dari preventif, promotif, kuaratif dan rehabilitative. Seluruh pelayanan tersebut tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya iuran bagi peserta. Promotif dan preventif yang diberikan bagi upaya kesehatan perorangan (personal care)

BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

2.1 RENCANA STRATEGIS

Rencana Strategis merupakan proses sistematis yang berkelanjutan dari pembuatan keputusan yang beresiko, dengan memanfaatkan sebanyak-banyaknya pengetahuan antisipatif dan pengorganisasian secara sistematis usaha-usaha pelaksanaan keputusan tersebut serta mengukur hasilnya melalui umpan balik yang terorganisasi dan sistematis. Rencana Strategis disusun sebagai pedoman bagi pelaksanaan tugas pokok dan fungsi dalam jangka waktu 5 (lima) tahun secara sistematis dengan memperhitungkan analisis situasi, kekuatan, kelemahan, peluang, ancaman serta isu-isu strategis.

Visi Kota Blitar sebagaimana tertuang dalam RPJMD Kota Blitar tahun 2016-2021 adalah “Masyarakat Kota Blitar Semakin Sejahtera melalui APBD Pro rakyat pada Tahun 2021”

Adapun Misi Kota Blitar Tahun 2016-2021 adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan aktualisasi nilai-nilai religius dalam kehidupan bermasyarakat.
2. Meningkatkan kualitas SDM yang cerdas dan berdaya saing tinggi.
3. Meningkatkan kemandirian ekonomi yang berorientasi pada industri pariwisata dan ekonomi kreatif yang berdaya dan berwawasan lingkungan.
4. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang berbasis sistem pelayanan berkualitas dan partisipatif.
5. Meningkatkan keharmonisan sosial dengan semangat rukun agawe santoso.
6. Meningkatkan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan profesional.

Sebagai salah satu Perangkat Daerah (PD) dari Pemerintah Kota Blitar, RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar secara aktif ikut mewujudkan Visi dan Misi Kota Blitar 5 (lima) tahun kedepan dengan berorientasi pada rencana strategis dan sasaran yang sesuai dengan tugas pokok dan fungsi RSUD “MARDI WALUYO” dengan mempertimbangkan kemampuan sumber daya yang dimiliki.

Untuk mendukung Visi dan Misi Kota Blitar, RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar menyusun Rencana Strategis RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar untuk Tahun 2016-2021 sebagai pedoman dalam menyelenggarakan tugas pokok dan fungsi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar pada Tahun Anggaran 2016 sampai 2021 dengan memuat tujuan, sasaran, arah kebijakan dan strategi serta program dan kegiatan pokok yang akan dilaksanakan sampai dengan tahun 2021. Adapun Rencana Strategis RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2016-2021 secara terperinci sebagaimana dalam **Lampiran 1 LKjIP 2020**

“Matriks Rencana Strategis RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2016-2021”

INDIKATOR KINERJA

Tabel 2.1 Indikator Kinerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2016-2021 yang Mengacu pada Tujuan dan Sasaran RPJMD

No	Sasaran Kinerja	Indikator Kinerja	Kondisi Kinerja pada awal periode RPJMD		Target Capaian Setiap Tahun					Kondisi Kinerja pada akhir periode RPJMD	
			Tahun		Tahun 1	Tahun 2	Tahun 3	Tahun 4	Tahun 5	Tahun (2021)	
			2015	2016	(2017)	(2018)	(2019)	(2020)	(2021)		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(10)	(11)	(12)	
1.	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat	1. Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target 2. Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	77,67%	78%	78%	78,5%	78,6%	78,7%	78,8%	78,8%	A A AA AA

A. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020

Perencanaan Kinerja merupakan proses penyusunan rencana kinerja sebagai penjabaran dari tujuan, sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam rencana strategik, yang dilaksanakan oleh RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar melalui kegiatan tahunan. Penyusunan rencana kinerja tahun 2020 dilakukan seiring dengan penyusunan dan kebijakan anggaran.

Perjanjian Kinerja Tahun 2020 RSUD Mardi Waluyo adalah pernyataan komitmen pimpinan untuk mewujudkan janji kinerja tertentu yang telah disepakati bersama. Perjanjian Kinerja Tahun 2020 juga merupakan penjabaran dari sasaran strategis dan program tahun ke-4 yang telah ditetapkan dalam RENSTRA Perangkat Daerah Tahun 2016-2021. Perjanjian Kinerja tahun 2020 tersebut merupakan rencana capaian kinerja tahunan untuk seluruh Indikator Kinerja Utama.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : PER/09/M.PAN/5/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah. Pemerintah Kota Blitar telah menetapkan Indikator Kinerja Utama untuk tingkat Pemerintah Daerah dan masing-masing Perangkat Daerah melalui Peraturan Walikota Blitar Nomor 22 Tahun 2019 tentang Perubahan

Ketiga Atas Peraturan Walikota Blitar Nomor 24 Tahun 2016 tentang Indikator Kinerja Utama (IKU) Pemerintah Kota Blitar. Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2020 sebagaimana pada tabel berikut :

Tabel 2.2 Indikator Kinerja Utama Tahun 2020

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat	1. Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target 2. Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA= 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	78,8% AA

Tabel 2.3 Sumber Pembiayaan RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun Anggaran 2020

NO	PROGRAM	ANGGARAN	KETERANGAN
1	Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/rumah sakit paru :	Rp. 8.908.858.000,00	Pengadaan Alat – Alat Kesehatan Rumah Sakit (DAK)
2	Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD :	Rp. 92.948.649.455,76	PAD BLUD
3	Program pembinaan lingkungan sosial (DBHCHT Kesehatan)	Rp. 4.890.229.310,00	DBHCHT

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas Kinerja adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan Program dan Kegiatan yang telah diamanatkan para pemangku kepentingan dalam rangka mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran / target kinerja yang telah ditetapkan melalui laporan kinerja instansi pemerintah yang disusun secara periodik. RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar selaku perangkat daerah berkewajiban melaporkan hasil kerjanya melalui Laporan Kinerja Instansi Pemerintah sesuai ketentuan yang diamanatkan dalam Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Keputusan Kepala LAN Nomor 239/IX/618/2003 dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Laporan tersebut memberikan gambaran penilaian tingkat pencapaian target masing-masing indikator sasaran strategis yang ditetapkan dalam dokumen Renstra Tahun 2016-2021 maupun Renja tahun 2020 dimana penganggarannya telah ditetapkan dalam Peraturan Daerah Kota Blitar No 2 Tahun 2020 tentang Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2020 dan juga Peraturan Walikota Blitar Nomor 74 Tahun 2020 tentang Penjabaran P-APBD tahun 2020.

A. PENGUKURAN CAPAIAN KINERJA / SASARAN

Dalam implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, RSUD Mardi Waluyo berkomitmen atas kinerja yang ingin diwujudkan pada tahun yang bersangkutan, hal ini dimaksudkan sebagai salah satu sarana untuk meningkatkan akuntabilitas, transparansi dan kinerja aparatur serta penilaian keberhasilan/kegagalan pencapaian sasaran.

Proses pengukuran capaian kinerja dilakukan melalui :

1. Analisis Capaian Kinerja berdasarkan Target dan Realisasi Tahun 2020

Kinerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar dibagi menjadi 2 (dua) yaitu Kinerja Pelayanan dan Kinerja Keuangan

Pencapaian Kinerja Pelayanan dapat dihitung melalui 2 (dua) indikator sebagaimana dalam tabel dibawah :

Tabel 3.1 Pencapaian Kinerja Pelayanan Tahun 2020

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian
1	2	3	4	5
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target	78,8%	79,63%	101,05%
	2) Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	AA (81)	A (66,4)	81,97%

Penjelasan indikator kinerja pelayanan sebagai berikut :

- 1) **Standar Pelayanan Minimal (SPM)** rumah sakit merupakan indikator pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit. Target pencapaiannya disesuaikan dengan kemampuan sumber daya rumah sakit yang tersedia dan harus dicapai secara bertahap sehingga pada periode tertentu harus tercapai sesuai target yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan RI. Penilaian SPM ditetapkan meliputi evaluasi kinerja pelayanan medik, keperawatan dan pelayanan penunjang medis. Dokumen laporan kinerja pelayanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1164/MENKES/SK/X/2007 tentang Pedoman Penyusunan Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit Badan Layanan Umum. Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar sesuai dengan Peraturan Walikota Blitar Nomor 45 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. SPM disusun dengan tujuan untuk menjamin ketersediaan, keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar yang diukur dengan menggunakan indikator-indikator yang menggambarkan kemampuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan berkualitas dengan penghitungan persentase indikator yang mencapai target. Dengan adanya pandemi covid-19 tentu juga mempengaruhi hasil pencapaian kinerja dari SPM tersebut. Analisa terhadap pencapaian nilai SPM yang tidak atau belum memenuhi standar

dilakukan dengan melihat hasil pengukuran kinerja pada indikator dimasing-masing unit.

Indikator SPM RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 3.2
Indikator Standart Pelayanan Minimal RSUD Mardi Waluyo

No	Jenis Pelayanan	Σ indikator tiap pelayanan	Σ indikator yang memenuhi SPM	% Pencapaian
1	Etika Pelayanan	1	1	100
2	Gawat Darurat	8	7	87,50
3	Rawat Jalan	6	3	50
4	Rawat Inap	12	10	93,33
5	Bedah	7	7	100
6	Persalinan dan Perinatologi	8	7	87,5
7	Intensif	3	2	66,67
8	Radiologi	5	3	60
9	Laboratorium	5	3	60
10	Rehabilitasi Medik	3	2	66,67
11	Farmasi	5	3	60
12	Gizi	4	4	100
13	Transfusi Darah	2	2	100
14	GAKIN	1	1	100
15	Rekam Medik	4	2	50
16	Pengelolaan Limbah	2	2	100
17	Administrasi dan Manajemen	9	8	88,89
18	Ambulan / Kereta Jenazah	2	2	100
19	Pemulasaran Jenazah	1	1	100
20	Pemeliharaan Sarana RS	4	2	50
21	Laundry	3	1	33,33
22	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	3	3	100
23	Hemodialisa	7	7	100
24	Pengaduan	3	3	100
	JUMLAH	108	86	79,63

Berikut analisa dari masing-masing indikator standar pelayanan minimal :

1. ETIKA PELAYANAN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Pasien dan keluarga pasien menerima 3 S : senyum, salam, sapa.	100 %	100 %	0%	sesuai standar	Pasien dan keluarga pasien sudah mendapatkan edukasi namun untuk implementasi perlu ditingkatkan.	- Dipertahankan dan ditingkatkan

2. PELAYANAN GAWAT DARURAT

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa. Pasien yang mendapat pertolongan life saving dalam periode waktu	100 %	100 %	-	Sesuai standar	Kemampuan life saving melalui Circulation Airway Breathing pada anak dan dewasa	Untuk dipertahankan
2	Pemberi layanan kegawat daruratan yang bersertifikat BLS/PPGD/ACLS/ATLS	100%	100%	0	Sesuai standar	Pemberi layanan kegawat daruratan sudah memiliki sertifikat pelatihan BLS/PPGD/ACLS/ATLS	Dipertahankan

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
3	Kematian pasien ≤ 24 jam Pasien yang meninggal dalam periode waktu ≤ 24 jam sejak pasien datang	14,26 ‰	≤ 2 ‰	- 12,26‰	Belum memenuhi standar	Upaya penyelamatan pasien sudah dilaksanakan, se-hingga kematian pasien ≤ 24 jam dapat dimi-nimalisir, dijelaskan dengan kemungkinan ² : Internal : Sudah terpenuhinya SDM dan sumber daya lain. Eksternal Kegawatan kondisi pasien pada saat diterima di IGD.	Upaya penyelamatan pasien senantiasa ditingkatkan melalui peningkatan kompetensi dan ketrampilan, peningkatan sarana-prasarana dan peningkatan kepatuhan terhadap prosedur tetap dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	0	Sesuai standar	Telah dibentuknya tim penanggulangan bencana melalui Kepu-tusan Direktur, guna meng-antisipasi bila terjadi bencana sewaktu waktu.	Perlu dilakukan penyegaran dan pelatihan tentang penanggulangan bencana secara rutin setiap tahun
5	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	0	Sesuai standar	Pelayanan IGD 24 jam	Untuk dipertahankan pelayanan yang sudah memenuhi standar.
6	Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD	4,98 menit	≤ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	0,02 menit	Sesuai standar	Dokter Jaga IGD siap 24 jam.	Dipertahankan
7	Tidak adanya pasien yang membayar uang muka Pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka	100 %	100%	0	Sesuai standar	Tidak ada kebijakan yang membolehkan pasien membayar uang muka, dan pelayanan lebih mengutamakan upaya penyelamatan pasien.	Dipertahankan.
8	Angka Kepuasan pasien	80,96%	≥ 70%	10,96 %	Sesuai standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan, survei kepuasan sudah dilaksanakan, dan pasien telah terlayani sesuai kebutuhan.	Berupaya memberikan pelayanan yang lebih baik lagi kepada masyarakat.

3. PELAYANAN RAWAT JALAN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	A. Dokter pemberi layanan di Klinik Spesiali Hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis	99,97 %	100 %	-0,03	Belum memenuhi standar.	Pelayanan klinik spesialis rawat jalan di RSUD telah dilayani oleh dokter spesialis tetapi jumlah dokter spesialis masih terbatas,	a. Untuk mencapai standar maka perlu penambahan dokter spesialis yang melayani sesuai dengan klas Rumah Sakit b. Wajib memberikan pelayanan sesuai ketentuan
2	Buka pelayanan Hari pelayanan klinik spesialistik yang buka sesuai ketentuan atau klinik non spesialistik sesuai kompetensinya yang buka sesuai ketentuan, dalam periode waktu tsb.	99,67%	100 %	-0,33	Belum memenuhi standar	Ketepatan waktu dimulainya jam pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis belum tercapai sehubungan pembatasan pelayanan di masa pandemi Covid-19, dan proses skrining pasien di rawat jalan.	Diupayakan pelayanan tetap dilakukan dengan menerapkan protokol kesehatan.
3	Ketersediaan pelayanan rawat jalan Jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)	4 Sp.dasar 4 Sp. penunjang 8 Sp.lain	Minimal : 1. Kesehatan Anak 2. Penyakit dalam 3. Kebidanan 4. Bedah	0	Sesuai standar.	Sudah tersedianya pelayanan spesialistik dasar	Dipertahankan dan ditingkatkan sesuai PERMENKES yang berlaku
4	Waktu tunggu di rawat jalan Waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei	67,06 menit	≤ 60 menit	- 7,06 menit	Belum memenuhi standar	Lamanya waktu tunggu sampai pasien dilayani oleh Dokter Spesialis biasanya terkendala oleh : 1. Pelayanan buka 1 meja 2. Pelayanan emergensi 3. Jumlah kunjungan pasien tidak sebanding dengan jumlah Dokter Spesialis.	- Pelayanan buka tepat waktu - Diupayakan menambah tenaga dokter spesialis

Lanjutan :

PELAYANAN RAWAT JALAN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
5	Kepuasan pelanggan	79,26 %	≥ 90 %	-10,74 %	Belum memenuhi Standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan, target belum tercapai dan survei telah dilakukan namun masih memungkinkan terjadinya pengaduan. Pengaduan kepuasan dijelaskan sbb: 1.Jumlah dokter spesialis tidak sebanding dengan jumlah pasien(jml. Dr.Sp masih terbatas) 2.Jam pelayanan belum dimulai dengan tepat waktu. 3.Pada saat pasien memberikan hasil pemeriksaan penunjang, klinik sudah tutup	Diperlukan evaluasi pelayanan secara terus menerus dan berkesinambungan serta ditindak lanjuti secara konkrit.
6	PELAYANAN TB RAWAT JALAN				Sesuai standart.	Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis telah dilakukan dengan strategi DOTS yaitu metode penegaan diagnosis tuberkulosis berdasarkan pemeriksaan mikroskopis sesuai standar/ panduan nasional.	Kedepan perlu dilakukan secara konsisten untuk mempertahankan pelayanan yang sudah dilakukan.
A	Penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopik tuberkulosis Pasien tuberkulosis yang dilakukan pemeriksaan mikroskopis sesuai standar nasional/strategi DOTS	100 %	100 %	0			
B	Terlaksananya kegiatan pengobatan, pencatatan dan pelaporan tuberkulosis di RS Pasien tuberkulosis yang dilakukan pengobatan, pencatatan dan pelaporan sesuai standar nasional/strategi DOTS, dalam periode waktu	100 %	100 %	0			

4. PELAYANAN RAWAT INAP

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	<p>Pemberi pelayanan rawat inap</p> <p>Tenaga dokter dan paramedis keperawatan yang memberi pelayanan dilrna sesuai ketentuan</p>	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Pelayanan rawat inap telah dilakukan oleh dokter, perawat, tenaga kesehatan lain yang kompeten.	Perlu adanya peningkatan kompetensiseluruh pegawai baik medis maupun non medis.
2	<p>Dokter penanggung jawab pasien rawat inap</p> <p>Pasien yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab dalam periode waktu</p>	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Sudah ada dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien sesuai dengan kasus	Perlu dipertahankan kinerja dokter dan pembaharuan SOP secara berkala sesuai dengan perubahan kondisi dan ketentuan.
3	<p>Jam visite dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi</p>				Sesuai standar	Jadwal visite dokter telah sesuai dengan ketentuan namun apabila dokter yang bertanggung jawab berhalangan maka dilaksanakan oleh dokter pengganti dan diberitahukan kepada pasien	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan koordinasi antara dokter dan perawat/bidan ruangan demi kelancaran pelayanan pada pasien
A	Visite dokter spesialis tepat waktu, dalam periode waktu	100 %	100 %	0			
B	Jumlah visite dokter umum/gigi tepat waktu, dalam periode waktu	100 %	100 %	0			

Lanjutan :
PELAYANAN RAWAT INAP

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
4	Model Praktik Keperawatan Profesional Rawat inap melaksanakan MPKP	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Model praktik keperawatan professional dilakukan secara bertahap diruang rawat inap.	Tetap menyediakan anggaran pelatihan karena MPKP dilaksanakan secara bertahap sampai seluruh rawat inap dapat melaksanakannya.
5	Kejadian infeksi paska operasi Pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam periode waktu	0,28 %	≤ 1,5 %	1,22 %	Sesuai standar.	Infeksi paska operasi dapat terkendali dengan baik, yang dapat dijelaskan bahwa prosedur tetap telah dilaksanakan secara konsisten.	Mempertahankan dan mengupayakan peningkatan tingkat kepatuhan terhadap pelaksanaan SOP secara konsisten.
6	Kejadian infeksi nosokomial Pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam periode waktu	0,91 %	≤ 1,5 %	0,59 %	Sesuaistandar	Infeksi nosokomial dapat terkendali dengan baik, yang dapat dijelaskan bahwa prosedur tetap dan sistem perawatan telah dilaksanakan secara konsisten.	Perlu dipertahankan dan atau ditingkatkan.
7	Kematian pasien lebih dari 48 jam Kejadian kematian > 48 jam dalam periode waktu	5,26 ‰	Nasional : NDR ≤25 % atau ≤ 2,5 ‰ (Indonesia)	-2,76 ‰	Belum memenuhi standart.	Kematian yang terjadi sesudah periode >48 jam setelah pasien rawat inap masuk disebabkan: 1. Kondisi awal pasien datang sudah jelek . 2. Keterbatasan sumberdaya RS 3. Pasien menolak untuk dirujuk.	Perlu peningkatan sumber daya RS baik melalui pengadaan, penambahan maupun pendidikan pelatihan bagi SDM, serta peningkatan KIE pada pasien dan keluarga.

Lanjutan :
PELAYANAN RAWAT INAP

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
8	Kejadian pulang paksa Pasien pulang paksa dalam periode waktu	2,87 %	≤ 5 %	2,13 %	Sesuai standar.	Kejadian pulang paksa, kemungkinan karena: 1. Keadaan penyakit pasien 2. Kemampuan biaya. 3. Kurangnya pemahaman pasien yang terkait dengan kurangnya KIE. 4. Hak pasien untuk memilih alternatif lain.	Perlu adanya pemberian informasi(KIE) oleh perawat & dokter DPJP secara jelas kepada pasien dan keluarga.
9	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian Pasien yang dirawat yang jatuh selama dirawat, baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb., yang berakibat kecacatan atau kematian , dalam periode waktu	100 %	100 %	0	Sesuai standar .	Tidak adanya kejadian pasien jatuh selama dirawat baik jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb. yang berakibat kecacatan atau kematian, dijelaskan sbb : 1. Kepatuhan petugas terhadap SOP.selama transportasi, di tempat tidur telah dilaksanakan 2. Keadaan yang memungkinkan terjadinya pasien jatuh, telah diupayakan pencegahannya, misalkan dengan membersihkan lantai kamar mandi secara teratur	Dipertahankan dan ditingkatkan.

Lanjutan :
PELAYANAN RAWAT INAP

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
10	Ketersediaan pelayanan rawat inap Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)	100 % 4 Sp. Dasar 4 Sp. Penunjang 8 Sp Medik Lain	tersedia Minimal : 1. Kesehatan Anak 2. Penyakit dalam 3. Kebidanan 4. Bedah	0	Sesuai standar.	Tersedia pelayanan rawat inap sesuai dengan spesialisasi yang ada (4 pelayanan spesialistik dasar dan 8 pelayanan medik spesialistik lain)	Perlu ditambah jumlah dokter spesialis untuk memenuhi standar Rumah Sakit tipe B pendidikan
11	Kepuasan pelanggan	83,49 %	≥ 90 %	-6,51 %	Belum memenuhi standar.	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan pada saat survey dan dipengaruhi a.l. oleh: 1. Ketersediaan jumlah dokter spesialis yang sebanding dengan jumlah pasien. 2. Ketersediaan kualifikasi dokter spesialis 3. Ketepatan waktu mulai pelayanan 4. Kepatuhan terhadap sistem yang telah ditetapkan.	Diperlukan evaluasi pelayanan secara terus menerus dan berkesinambungan serta tindak lanjut secara konkrit.

Lanjutan :
PELAYANAN RAWAT INAP

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4		6	7	8
12	PELAYANAN TB di RAWAT INAP						
A	Pasien Rawat Inap tuberkulosis yang ditangani dengan strategi DOTS Pasien tuberkulosis yang dilakukan pemeriksaan mikroskopis sesuai standar nasional/strategi DOTS	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Sudah dilakukannya pene- gakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikros- kopik tuberkulosis, dan pengobatan TB melalui strategi DOTS, sejak 2010	Perlu dipertahankan dan di evaluasi secara berkala.
B	Terlaksananya kegiatan pengoba- tan, pencatatan dan pelapo- ran tuberkulosis di RS Pasien tuberkulosis yang dila- kukan pengobatan, pencatatan dan pelaporan sesuai standar nasional/strategi DOTS, dalam periode waktu	100 %	100 %	0			

5. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	<p>Waktu tunggu operasi elektif</p> <p>Waktu tunggu operasi kecil yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi kecil, dalam periode waktu</p> <p>Waktu tunggu operasi sedang yang terencana dari seluruh pasien yang dilaksanakan operasi sedang, dalam periode waktu</p> <p>Waktu tunggu operasi besar yang terencana dari seluruh pasien yang dilaksanakan operasi besar, dalam periode waktu</p>	<p>Operasi kecil ≤ 1 minggu =100 %</p> <p>Operasi sedang ≤ 2 minggu = 100 %</p> <p>Operasi besar ≤ 2 minggu = 100 %</p>	<p>Waktu tunggu : Operasi kecil : ≤ 1 minggu (100 %)</p> <p>Operasi sedang : ≤ 2 minggu (100 %)</p> <p>Operasi besar : ≤ 2 minggu (100 %)</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>	Sesuai standar	SOP waktu tunggu operasi elektif sudah dilakukan dengan konsisten	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
2	<p>Kejadian kematian di meja operasi</p> <p>Pasien yang meninggal di meja operasi, dalam periode waktu</p>	0 %	≤ 1 %	0	Sesuai standar	SOP anestesi sudah dilakukan dengan konsisten	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
3	<p>Tidak adanya kejadian operasi salah sisi</p> <p>Pasien dioperasi tidak adanya salah sisi, dalam periode waktu</p>	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP pelayanan bedah sudah dilakukan dengan konsisten	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
4	Tidak adanya kejadian operasi salah orang Pasien yang dioperasi tidak adanya kejadian salah orang, dalam periode waktu	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP pelayanan bedah sudah dilakukan dengan konsisten	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
5	Tidak adanya kejadian salah tindakan operasi Pasien yang dioperasi tidak adanya salah tindakan operasi, dalam periode waktu	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP pelayanan bedah sudah dilakukan dengan konsisten	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
6	Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing pada tubuh setelah operasi Pasien yang dioperasi tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing dalam tubuh dalam periode waktu	100 %	100 %	0	Sesuai standar .	SOP pelayanan bedah sudah dilakukan dengan konsisten	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
7	Komplikasi anestesi karena over dosis reaksi anestesi dan salah penempatan endotracheal tube	0%	≤ 6 %	0	Sudah standar	SOP anestesi dan pelayanan bedah sudah dilakukan dengan konsisten	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

6. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Kejadian kematian ibu karena persalinan : Perdarahan, pre eklamsi, sepsis. Kematian ibu karena persalinan dalam periode waktu, karena: *Perdarahan *Pre eklamsi/eklamsi *Sepsis	0 % 0,52 % 0 %	≤ 1 % ≤ 30 % $\leq 0,2$ %	1 % 29,48 % 0,2 %	Sesuai standar	SOP persalinan dengan penyulit perdarahan , pre eklamsi/eklamsi dan sepsis sudah dilakukan dengan konsisten	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
2	Pemberi pelayanan persalinan normal oleh dr.Sp.OG/dr umum terlatih APN, bidan	100%	100 %	0	Sesuai standar.	Pemberi pelayanan persalinan normal sudah dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih APN	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
3	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit	Tersedia	Tersedia	0	Sesuai standar.	Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit sudah dilakukan oleh tim PONEK	Perlu dipertahankan
4	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi	100 %	100 %	0	Sesuai standar.	Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi oleh tim dokter spesialis lengkap dr.Sp.An,dr.Sp.A,dr.Sp.OG	Dipertahankan dan khusus untuk jumlah dokter spesialis anak perlu adanya penambahan.

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
5	Kemampuan menangani BBLR 1.500 – 2.500 gram	94,28 %	100 %	- 5,72 %	Belum memenuhi standar	1.Kemampuan petugas ada yang belum sesuai standar 2.SOP belum dilaksanakan secara konsisten 3.Pemeliharaan alat perlu ditingkatkan	Ditingkatkan kemampuan dan jumlah SDM dalam menangani BBLR dan penambahan sarannya
6	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	25,30 %	≤ 20 %	-5,3 %	Belum memenuhi standar.	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria berdasarkan indikasi medis.	Untuk dilakukan evaluasi secara berkala
7	PELAYANAN KB						
A	Pelayanan KB Mantap	100 %	100 %	0	Sesuai standar.	Sudah dilakukannya pelayanan KB mantap yang dilakukan oleh Dokter Spesialis Obgyn.	Dipertahankan.
B	Konseling KB Mantap Prosentase peserta KB mantap yang mendapat konseling KB mantap	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Sudah ada tenaga yang menangani konseling KB mantap dan adanya bidan terlatih.	Dipertahankan
8	Kepuasan pelanggan	83,49 %	≥ 80 %	3,49 %	Sesuai standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan dan dipengaruhi a.l. oleh: 1. Ketersediaan jumlah dokter spesialis 2. Ketepatan waktu pelayanan 3. Kepatuhan terhadap sistem yang telah ditetapkan.	Diadakan evaluasi secara berkelanjutan

7. PELAYANAN PERAWATAN INTENSIF

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	0 %	≤ 3 %	0	Sesuai standar	Kondisi pasien yang sulit diprediksi, namun telah diupayakan pasien keluar dari IPI sesuai kriteria keluar IPI.	Dipertahankan .
2	Pemberi pelayanan unit intensif Tenaga dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai kasus	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Tenaga yang menangani pasien sudah sesuai dengan kasus yang ditangani oleh dr spesialis anaestesian dan dokter spesialis lainnya sesuai kebutuhan kasus.	Dipertahankan .
3	Jumlah tenaga perawat D ₃ dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara	80 %	100 %	-20 %	Belum memenuhi standar.	Kurangnya tenaga perawat DIII dengan sertifikat mahir ICU, yang dijelaskan sbb.: <ul style="list-style-type: none"> • Pengiriman pendidikan-pelatihan dilaksanakan secara bergilir • Perkiraan lama pelatihan 3 bulan, sehingga juga mempertimbangkan kelangsungan pelayanan • Pelatihan tergantung dari persyaratan penyelenggara pihak • Penyesuaian anggaran Diklat. 	Diperlukan evaluasi terhadap proporsi pendidikan dengan pelatihan-pelatihan bagi Perawat DIII yang memperoleh sertifikat secara terus menerus dan berkesinambungan serta ditindak lanjuti secara konkrit.

8. PELAYANAN RADIOLOGI

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	2 jam	≤ 3 jam	1 jam	Sesuai standar	Prosedur dan mekanisme telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan SOP.	Dipertahankan.
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	95,13 %	100 %	-4,87 %	Belum memenuhi standar	Pelayanan pembacaan hasil rontgen pada jam dinas bersamaan dengan tindakan lain yang dilakukan dokter spesialis radiologi dan adanya pinjaman sementara serta pembacaan dilaksanakan keesokan harinya. Hasil foto yang dipinjam tidak dikembalikan	Mengupayakan optimalisasi pelaksanaan hasil pemeriksaan rontgen
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen Foto rusak yang tidak dapat dibaca, dalam periode waktu	0,36 %	≤ 2 %	1,64 %	Sesuai standar	Kerusakan foto kemungkinan disebabkan karena : 1. Belum setiap alat dikalibrasi secara rutin setiap tahun. 2. Human error 3. Pasien yang tidak kooperatif (terutama untuk golongan umur tertentu) 4. Automatic processing error 5. Pelayanan oleh mahasiswa praktik, sehingga masih perlu penyesuaian dan pembelajaran 6.	Dipertahankan, dengan : 1. Alat perlu dikalibrasi secara rutin. 2. Petugas diikutkan pendidikan pelatihan secara berkala.
4	Pencegahan Pengendalian Infeksi	ada	Tersedia		Sesuai standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan dan pasien	
5	Kepuasan pelanggan	77,39 %	≥ 80 %	-2,61 %	Belum memenuhi standar.	Survei kepuasan telah dilaksanakan, namun pada pelaksanaannya dalam pelayanan masih memungkinkan terjadi pengaduan.	Diperlukan evaluasi pelayanan secara terus menerus dan berkesinambungan

9. PELAYANAN PATOLOGI KLINIK

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium Hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dr.Sp.PK dalam periode waktu	73,37 %	100 %	-26,63%	Belum memenuhi standar.	Keterbatasan jumlah dokter spesialis Patologi Klinik (satu dr.Sp.PK melaksanakan ekspertisi sesuai jam dinas kantor),sehingga diluar jam dinas kantor tidak tersedia dr.Sp.PK sedangkan hasil pemeriksaan segera dibutuhkan.	Penambahan jumlah dokter spesialis Patologi Klinik.
3	Pencegahan pengendalian Infeksi Tersedia alat pelindung diri di setiap ruang / instalasi	Ada Semua ada kecuali penutup kepala	Tersedia	0	Sesuai standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya
4	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Lab rutin dan kimia darah)	115,28 menit	≤ 140 menit	24,72 menit	Sesuai standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
5	Angga Kepuasan pelanggan	77,44 %	≥ 80 %	-2,56%	belum memenuhi standar	Survei kepuasan telah dilaksanakan, namun pada pelaksanaannya dalam pelayanan masih memungkinkan terjadi pengaduan.	Diperlukan evaluasi pelayanan secara terus menerus dan berkesinambungan

10. PELAYANAN REHAB MEDIK

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	8,29 %	≤ 50 %	41,71 %	Sesuai standar	1. Pasien yang melakukan rehabilitasi medis sudah terlayani dengan baik, sesuai prosedur. 2. Kepatuhan pasien terhadap program rehabilitasi medik yang diterapkan dapat dipehami dan ketepatan sudah menjadi kebutuhan bagi pasien	Dipertahankan.
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	99,6 %	100 %	-0,4	Belum memenuhi standar	Penerapan pelaksanaan pelayanan sesuai dengan prosedur tetap ditingkatkan.	Ditingkatkan penerapan dalam pelaksanaannya.
3	Kepuasan pelanggan	82,77 %	≥ 80 %	2,77 %	Sesuai standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan, survei telah dilaksanakan namun masih memungkinkan terjadinya pengaduan.	Diperlukan monitoring evaluasi pelayanan secara terus menerus

11. PELAYANAN INSTALASI FARMASI

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat	99,99 %	100 %	-0,01	Belum memenuhi standari	Pelaksanaan pelayanan sudah sesuai SOP, banyaknya resep yang masuk dan adanya nama pasien yang sama menjadi salah satu penyebab.	Perlu evaluasi secara rutin untuk meningkatkan kinerja petugas farmasi agar lebih hati-hati menyerahkan obat kepada pasien

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
2	Penulisan resep sesuai formularium	87,28 %	100 %	-12,72 %	Belum memenuhi standar	Kurangnya kepatuhan dokter terhadap penggunaan formularium rumah sakit.	Perlu komitmen dalam hal kepatuhan dokter secara konsisten terhadap formularium yang telah disepakati dan ditetapkan serta diperlukan monitoring evaluasi secara terus menerus dan berkesinambungan dari Instalasi Farmasi. Upaya peningkatan kinerja Panitia Farmasi dan Terapi
3	Pencegahan dan pengendalian infeksi Tersedianya alat pelindung diri di setiap ruangan/ instalasi	Ada 1. Masker 2. Sarung tangan karet	Tersedia : masker, sarung tangan karet, dll	0	Sesuai standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya
4	Kepuasan pelanggan	84,65 %	≥ 80 %	4,65 %	Sesuai standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan , survei kepuasan telah dilaksanakan namun masih memungkinkan terjadinya pengaduan	Dipertahankan dan ditingkatkan.
5	Waktu tunggu pelayanan resep A. Obat jadi Waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien B. Obat racik Waktu tunggu pelayanan obat racik pasien	12,70menit 27,34 menit	Obat jadi ≤ 30 menit : 100 % Obat racik ≤ 60 menit : 100 %	17,3 menit 32,66 menit	Sesuai standar.	SOP sudah dilaksanakan dengan baik dan konsisten.	Dipertahankan dan ditingkatkan.

12. PELAYANAN INSTALASI GIZI

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100 %	≥ 90 %	10 %	Sesuai standar	Ketepatan waktu pemberian makanan kpd pasien sesuai SPO, walaupun : 1. Tidak ada ruang khusus pantry alat makan di Rumah Sakit. 2. Terjadinya perubahan mendadak terhadap diet pasien, sehingga perlu waktu tambahan untuk menyediakan makan pasien tersebut.	Dipertahankan Perlu penyiapan ruang pantry
2	Sisa makanan yang tidak termakan	8,42%	≤ 20 %	11,58%	Sesuai standar	Sisa makanan yg tdk termakan kemungkinan dipengaruhi : 1. Pemberian variasi menu makanan pasien kurang tepat, karena adanya penggantian salah satu menu 2. Selera makan pasien karena kondisi pasien sehubungan dengan penyakitnya.	Dipertahankan dan perlu ditingkatkan cara penyajian serta variasi makanan. Peningkatan KIE
3	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Pemberian diet pada pasien sudah mengikuti perubahan diet karena kondisi pasien telah membaik, dijelaskan : 1. Informasi perubahan diet yang diterima lalu diikuti oleh pengolah dan penyaji makanan makan pasien. 2. Ketelitian.	Dipertahankan dan ditingkatkan ketelitian penyajian oleh petugas.
4	Tersedianya alat pelindung diri di setiap ruang/ instalasi	Ada Sebutkan: Celemek dan tutup kepala Ruang menular: masker	Tersedia : celemek, tutup kepala, masker, dll	0	Sesuai standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya

13. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfusi	100 %	100 %	0	Sesuai standar.	Tersedianya stock darah dalam jumlah cukup saat terjadi permintaan pelayanan tranfusi darah	Dipertahankan dan ditingkatkan.
2	Kejadian reaksi transfusi (reaksi akut)	0 %	≤ 0,01 %	0	Sesuai standar	SOP sudah dilaksanakan dengan baik dan konsisten.	Ditingkatkan.

14. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Pelayanan GAKIN	100%	100%	0	Sesuai standar	Sesuai dengan pedoman pelaksanaan GAKIN.	Dipertahankan.

15. PELAYANAN REKAM MEDIK

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	4,06 %	100 %	-95,94%	Belum memenuhi standar	Kurangnya kepatuhan dokter, maupun pihak berwenang lainnya terkait pengisian berkas rekam medik terhadap SOP kelengkapan berkas Rekam Medis, yang kemungkinan disebabkan padat karya dokter di berbagai instalasi/ruang.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlu diberikan umpan balik terhadap dokter yang belum melengkapi berkas rekam medis sesuai ketentuan. 2. Perlu sistem khusus yang mengatur kelengkapan pengisian berkas rekam medik 3. Menambah SDM perekam medis, sehingga ada yang ditugaskan ke ruang rawat inap. 4. Teguran lisan maupun tertulis DPJP oleh manajemen.
2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	97,94%	100 %	2,06 %	Belum memenuhi standar	SOP tentang informed consent sudah dilaksanakan	Perlu ditingkatkan pelaksanaan SOP secara konsisten.
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan	8,90 menit	Rerata ≤ 10 menit	1,1 menit	Sesuai standar	Petugas sudah melaksanakan sesuai dengan SOP	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap	11,19 menit	Rerata ≤ 15 menit	3,81 menit	Sesuai standar	Petugas sudah melaksanakan sesuai dengan SOP.	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

16. PELAYANAN SANITASI DAN PENGOLAHAN LIMBAH

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Baku mutu limbah cair	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Pemeriksaan baku mutu limbah cair telah dilaksanakan secara periodik.SOP telah dilaksanakan secara konsisten	Dipertahankan dan ditingkatkan.
2	Pengelolaan limbah padat berbahaya/ infeksius sesuai dengan aturan.	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP telah dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan dan ditingkatkan.

17. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Semua hasil pertemuan direksi ditindaklanjuti oleh peserta pertemuan sesuai dengan permasalahan pada bidang/bagian masing-masing.	Perlu untuk dipertahankan.
2	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Sesuai dengan aturan yang berlaku dan dilakukan evaluasi secara berkala.	Perlu untuk dipertahankan
3	Ketepatan pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Sesuai dengan aturan yang berlaku dan dilakukan evaluasi secara berkala.	Perlu untuk dipertahankan
4	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Laporan akuntabilitas kinerja lengkap dan dilakukan setiap bulan tiga bulanan, semesteran, dan tahunan. Pelaporan akuntabilitas yang lengkap dilaksanakan per tahun	Melengkapi laporan akuntabilitas secara periodik dan tepat waktu.

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	100 %	≥ 60 %	40%	Sesuai standar	Karyawan yang dikirim untuk mengikuti pelatihan minimal 20 jam setahun, dijelaskan : 1. Pelatihan sesuai dengan kebutuhan RS 2. Pelatihan tergantung oleh pihak penyelenggara pelatihan. 3. In house training dengan mempertimbangkan efektifitas dan efisiensi 4. Keterbatasan dana.	Dipertahankan serta usulan pelatihan sesuai kebutuhan RS
6	Cost recovery	113,56 %	≥ 40 %	73,56 %	Sesuai standar	Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan telah dilakukan secara efektif dan efisien.	Perlu dipertahankan dan diefektifkan untuk pembiayaan operasional rumah sakit.
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Semua laporan keuangan telah disusun tepat waktu dan dengan jumlah laporan yang telah sesuai dengan ketentuan	Untuk dipertahankan.
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	0,37 jam	≤ 2 jam	1,63 jam	Sesuai standar	SOP sudah dilakukan secara konsisten.	Dipertahankan.
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketepatan waktu	66,67 %	100 %	-33,33 %	Belum memenuhi standar	Insentif telah diberikan tepat waktu.	Perlu adanya evaluasi

18. PELAYANAN AMBULAN / MOBIL JENAZAH

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Waktu pelayanan ambul-an/kereta jenazah	24 jam	24 jam	0	Sesuai standar	SOP sudah dilaksanakan.	Dipertahankan dan ditingkatkan.
2	Kecepatan pemberian pelayanan ambul-an/kereta jenazah di RS	7,5 menit	≤ 30 menit	22,5 menit	Sesuai standar	Pelayanan sudah siap 24 jam.	Dipertahankan dan ditingkatkan.

19. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	0.71 jam	≤ 2 jam	1,29	Sesuai standar	SOP sudah dilaksanakan dengan konsisten	Dipertahankan dan ditingkatkan.

20. PELAYANAN LINEN (LAUNDRY)

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	99,73 %	100 %	-0,27%	Belum memenuhi standar..	1. Kurangnya ketelitian tenaga <i>laundry</i> terhadap keberadaan linen 2. SDM <i>laundry</i> masih terbatas.	Perlu ditingkatkan ketelitian dan penambahan tenaga.
2	Ketepatan waktu penyediaan linen RS	99,42 %	100 %	-0,58%	Belum memenuhi standar	1. Kembalinya linen bersih ke ruang yang berbeda, karena kurangnya ketelitian 2. Sumber daya <i>laundry</i> masih terbatas.	Perlu penambahan sumber daya yang memadai.

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
3	Pencegahan dan pengendalian infeksi Tersedianya alat pelindung diri di setiap ruang/ instalasi	Ada	tersedia	-		APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya

21. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat	80,28 %	≥ 80 %	0,28%	Sesuai standar	Jumlah SDM memadai dengan peralatan yang ada	Dipertahankan dengan penambahan SDM serta penjadwalan perbaikan alat
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	83,57 %	100 %	-7,12%	Belum memenuhi standar	Penjadwalan untuk pemeliharaan rutin alat dan anggaran perbaikan kurang.	Ditingkatkan.
3	Pencegahan dan pengendalian infeksi Tersedia alat pelindung diri di setiap ruang / instalasi	Ada Masker, Handschoen, Sepatu listrik, Kacamata las, Helm las	Tersedia	-	Sesuai standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya
4	Peralatan yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	42,64 %	100%	-57,36%	Belum memenuhi standar.	Dijelaskan sbb. : 1. Perencanaan kalibrasi belum mencakup keseluruhan sarana yang ada 2. Jadwal kalibrasi belum dilaksanakan secara tertib. 3. Jadwal kalibrasi peralatan tertentu tergantung pihak ketiga.	Perlu peningkatan kinerja IPS.

22. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6		7	8
1	Anggota tim PPI yang terlatih	94,45 %	75 %	19,45%	Sesuai standar	Belum semua anggota tim PPI mengikuti pelatihan.	Dipertahankan dan ditingkatkan dengan pelatihan Tim PPI secara berkala.
2	Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI (Health care Associated Infection) di RS (minimal 1 parameter) Instalasi yang melakukan pencatatan dan pelaporan dalam periode waktu	100 %	75 %	25%	Sesuai standar	1. Seluruh instalasi RS sdh melakukan pencatatan dan pelaporan terhadap infeksi nosokomial. 2. Sudah dilakukan sesuai SOP.	Dipertahankan.
3	Tersedia alat pelindung diri di setiap ruang/instalasi :	100 %	60 %	40%	Sesuai standar	Telah tersedia alat pelindung diri diseluruh instalasi.	Dipertahankan. dan perlu ditetapkan standarisasi APD per ruangan/instalasi

23. PELAYANAN HEMODIALISA

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6		7	8
1	Ketepatan jadwal layanan	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
2	Tidak adanya permintaan uang muka	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Sesuai aturan yang berlaku.	Dipertahankan.

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
3	Pemberi pelayanan di unit hemodialisis Dokter dan perawat mahir hemodialisis, dalam periode waktu	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Sudah tercukupinya tenaga medis mahir HD yang bersertifikasi.	Dipertahankan.
4	Ketepatan jadwal pemeriksaan laboratorium rutin	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
5	Ketertiban administrasi	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
6	Ketertiban laporan rutin per bulan ke supervisor RS dr. Soetomo	100 %	100 %	0	Sesuai standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.

24. PELAYANAN PENGADUAN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Jawaban pengaduan Tanggapan RS atas pengaduan langsung masyarakat yang disampaikan kepada pengguna layanan, maksimal 2 hari, dalam periode waktu	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Tanggapan pengaduan ≤ 2 hari dibanding dengan jumlah pengaduan masyarakat yang relatif masih tinggi baik secara lisan maupun tertulis dan jumlah SDM yang melayani pengaduan masih belum sesuai/relevan	Perlu ditingkatkan
2	Evaluasi kotak saran	0 %	100 %	-100%	-	Tidak ada saran atau komplain dari konsumen yang dimasukkan ke dalam kotak saran, komplain langsung melalui media elektronik	-
3	Laporan ke Pemerintah Kota per tahun	100 %	100 %	0	Sesuai standar	Laporan ke Pemerintah Kota telah dijalankan dengan tertib	Dipertahankan.

Perbandingan Capaian Indikator Standart Pelayanan Minimal
RSUD Mardi Waluyo Tahun 2019 - 2020

No	Jenis Pelayanan	∑ indikator tiap pelayanan		∑ indikator yang memenuhi standar		% Pencapaian	
		2019	2020	2019	2020	2019	2020
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Etika Pelayanan	1	1	0	1	0	100
2	Gawat Darurat	8	8	7	7	87,50	87,50
3	Rawat Jalan	6	6	5	3	83,34	50
4	Rawat Inap	12	12	11	10	91,67	93,33
5	Bedah	7	7	7	7	100	100
6	Persalinan dan Perinatologi	8	8	6	7	75	87,5
7	Intensif	3	3	2	2	66,67	66,67
8	Radiologi	5	5	3	3	60	60
9	Laboratorium	5	5	3	3	60	60
10	Rehabilitasi Medik	3	3	3	2	100	66,67
11	Farmasi	5	5	3	3	60	60
12	Gizi	4	4	4	4	100	100
13	Transfusi Darah	2	2	2	2	100	100
14	GAKIN	1	1	1	1	100	100
15	Rekam Medik	4	4	3	2	75	50
16	Pengelolaan Limbah	2	2	2	2	100	100
17	Administrasi dan Manajemen	9	9	7	8	77,78	88,89
18	Ambulan / Kereta Jenazah	2	2	2	2	100	100
19	Pemulasaran Jenazah	1	1	1	1	100	100
20	Pemeliharaan Sarana RS	4	4	2	2	50	50
21	Laundry	3	3	1	1	33,34	33,33
22	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	3	3	3	3	100	100
23	Hemodialisa	7	7	6	7	100	100
24	Pengaduan	3	3	2	3	66,67	100
	JUMLAH	108	108	87	85	80,55	79,63

2) Capaian Evaluasi Kinerja BLUD

Tata Cara Penghitungan Kinerja

A. Aspek dan Indikator Kinerja

Perhitungan kinerja meliputi :

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

Hasil penilaian BLU ditentukan berdasarkan TS yang diperoleh BLU. Hasil penilaian kinerja dikelompokkan dalam kriteria BAIK, SEDANG, dan BURUK

a) Kriteria Baik

- AAA, apabila $TS > 95$;
- AA, apabila $80 < TS \leq 95$; dan
- A, apabila $68 < TS \leq 80$.

b) Kriteria Sedang

- BBB, apabila $56 < TS \leq 68$;
- BB, apabila $45 < TS \leq 56$; dan
- B, apabila $56 < TS \leq 45$.

c) Kriteria Buruk

- CC, apabila $15 < TS \leq 35$; dan
- C apabila TS pada hasil penilaian aspek keuangan yang dicapai BLU kurang 50% (lima puluh persen)

B. Ruang Lingkup Evaluasi

Ruang lingkup evaluasi dimaksud melalui alat ukur evaluasi berdasarkan Kementerian RI Peraturan Direktur Jendral Perbendaharaan Nomor Per- 36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan RSUD Pendidikan sebagaimana berikut :

- a) Skor penilaian kinerja pada Aspek Keuangan adalah sebagai berikut :

No	Subaspek / Indikator	Skor	Nilai	Bobot	Capaian
1.	Rasio Keuangan				
	a. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2	130,39	1	50
	b. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,5	214,72	0,5	20
	c. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	2	12,43	2	100
	d. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2	80,71	2	100
	e. Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	2	7,56	2	100
	f. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	2	5,89	1,4	70
	g. Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2	21,99	1	50
	h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,5	138,31	2,5	100
	i. Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	0	0	0
	JUMLAH 1	19		12,4	65,26
2.	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU				
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	2	2	100
	b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akutansi Keuangan	2	0,8	0,8	40
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	2	2	100
	d. Tarif Layanan	1	0,5	0,5	50
	e. Sistem Akutansi	1	1	1	100
	f. Persetujuan Rekening	0,5	0,2	0,2	40
	g. SOP Pengelolaan Kas	0,5	0,5	0,5	100
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0,5	0,5	0,5	100
	i. SOP Pengelolaan Utang	0,5	0,5	0,5	100
	j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5	0	0	0
	k. SOP Pengelolaan Inventaris	0,5	0,5	0,5	100
	JUMLAH 2	11		8,5	77,27
	JUMLAH SKOR ASPEK KEUANGAN (1+2)	30		20,9	69,67

b) Skor penilaian kinerja pada Aspek Pelayanan adalah sebagai berikut :

No	Subaspek / Indikator	Skor	Nilai	Bobot	Capaian
1.	Layanan	35			
	a. Pertumbuhan Produktivitas				
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan Rawat Jalan	2	0.75	1	37,5
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan Rawat Darurat	2	0.76	0	0
	3) Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	0.77	0	0
	4) Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2	0.85	0,5	25
	5) Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2	0.74	0	0
	6) Pertumbuhan Operasi	2	0.77	0	0
	7) Pertumbuhan Rehab Medik	2	0,89	0,5	25
	8) Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	1.15	2	100
	9) Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan	2	0.34	0	0
	JUMLAH	18		4	22,23
	b. Efektifitas Pelayanan				
	1) Kelengkapan rekam medic 24 jam selesai pelayanan	2	4,05	0	0
	2) Pengembalian rekam medic	2	91.90	2	100

	3) Angka pembatalan operasi	2	2.31	1	50
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	0.36	2	100
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	87.28	1,5	75
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	0.21	2	100
	7) <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	2	56.60	1	50
	JUMLAH	14		9.5	67.85
	c. Pertumbuhan Pembelajaran	3			
	1) Rata-rata jam pelatihan / karyawan	1	1	1	100
	2) Prosentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	1	1	100
	3) Program <i>Reward and Punishment</i>	1	1	1	66,7
	JUMLAH	3		3	100
	JUMLAH aspek layanan (a + b + c)	35		16.5	47,14
2.	Mutu dan Manfaat Kepada masyarakat	35			
	a. Mutu Pelayanan	14			
	1) <i>Emergency Respon Time Rate</i>	2	4,98 menit	2	100
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	67.06menit	1	50
	3) <i>Length of Stay</i>	2	4.513	2	100
	4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	12.70 menit	1.5	75
	5) Waktu tunggu sebelum operasi	2	≤ 1 minggu	1.5	75
	6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	115.28 Menit	2	100
	7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	2 jam (120 Menit)	2	100
	JUMLAH a	14		12	85,71
	b. Mutu Klinik				
	1) Angka kematian di Gawat Darurat	2	1.42	2	100
	2) Angka kematian / kebutaan ≥ 48 jam	2	5.87	2	100
	3) <i>Post Operative Death Rate</i>	2	0	2	100
	4) Angka Infeksi Nosokomial	4	0.91	1	25
	5) Angka kematian Ibu di Rumah Sakit	2	0.43	2	100
	JUMLAH b	12		9	75
	c. Kepedulian Kepada Masyarakat				
	1) Pembinaan kepada pusat kesehatan masyarakat dan sarana kesehatan lain	1	0,50	0,50	50
	2) Penyuluhan kesehatan	1	0,50	0,50	50
	3) Rasio Tempat Tidur	2	113,00	2	100
	JUMLAH c	4		3	75
	d. Kepuasan Pelanggan				
	1) Penanganan Pengaduan / Komplain	1	100	1	100
	2) Kepuasan Pelanggan	1	104,32	1	100
	JUMLAH d	2		2	100
	e. Kepedulian Terhadap Lingkungan				
	1) Kebersihan Lingkungan (program Rumah Sakit Berseri)	2	2	2	100
	2) Proper Lingkungan	1	1	1	100
	JUMLAH e	3		3	100
	JUMLAH aspek mutu & manfaat kepada masyarakat (a+b+c+d+e)	35		29	82,85
	Total Nilai Bobot	100		66,4	66,40

Berikut penjelasan dari masing-masing sub aspek / indikator :

A. Aspek Keuangan

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI		
				NILAI	HASIL PERHIT	
1	2	3	4	5	6	
1	RASIO KEUANGAN					
a.	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2	$\frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}}$	x100%	0,25 0,5 1 1,5 2 1,5 1 0,5 0,25 0	RK > 480 420 < RK ≤ 480 360 < RK ≤ 420 300 < RK ≤ 360 240 < RK ≤ 300 180 < RK ≤ 240 120 < RK ≤ 180 60 < RK ≤ 120 0 < RK ≤ 60 RK = 0
b.	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,5	$\frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}}$	x100%	2,5 2 1,5 1 0,5 0,25 0	RL > 600 480 < RL ≤ 600 360 < RL ≤ 480 240 < RL ≤ 360 120 < RL ≤ 240 0 < RL ≤ 120 RL = 0
c.	Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Periode</i>)	2	$\frac{\text{Piutang usaha} \times 360}{\text{Pendapatan usaha}}$	x1hari	2 1,5 1 0,5 0,25 0	PPP < 30 30 ≤ PPP < 40 40 ≤ PPP < 60 60 ≤ PPP < 80 80 ≤ PPP < 100 PPP ≥ 100

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN		BATASAN NILAI	
					NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4		5	6
d.	Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2	$\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aset Tetap}}$	x100%	2 1,5 1 0,5 0,25 0	PAT > 20 15 < PAT ≤ 20 10 < PAT ≤ 15 5 < PAT ≤ 10 0 < PAT ≤ 5 PAT 0
e.	Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	2	$\frac{\text{Surplus atau Defisit sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}{\text{Aset Tetap}}$	x100%	2 1,7 1,4 1,1 0,8 0,5 0	ROFA > 6 5 < ROFA ≤ 6 4 < ROFA ≤ 5 3 < ROFA ≤ 4 2 < ROFA ≤ 3 1 < ROFA ≤ 2 0 ≤ ROFA ≤ 1
f.	Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	2	$\frac{\text{Surplus atau Defisi sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}{\text{Ekuitas – Surplus atau Defisit sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}$	x100%	2 1,8 1,6 1,4 1,2 1 0,8 0,6 0,4 0	ROE > 8 7 < ROE ≤ 8 6 < ROE ≤ 7 5 < ROE ≤ 6 4 < ROE ≤ 5 3 < ROE ≤ 4 2 < ROE ≤ 3 1 < ROE ≤ 2 0 < ROE ≤ 1 ROE = 0

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN		BATASAN NILAI	
					NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4		5	6
g.	Perputaran Persediaan (Inventory Turnover)	2	$\frac{\text{Total Persediaan} \times 365}{\text{Pendapatan BLU}}$	x100%	0 0,5 1 1,5 2 1,5 1 0,5 0	PP > 60 55 < PP ≤ 60 45 < PP ≤ 55 35 < PP ≤ 45 30 < PP ≤ 35 25 < PP ≤ 30 15 < PP ≤ 25 5 < PP ≤ 15 0 ≤ PP ≤ 5
h.	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,5	$\frac{\text{Pendapatan PNBPN}}{\text{Biaya Operasional}}$	x100%	2,5 2,25 2 1,75 1,5 1,25 1 0,75 0,5 0	PB > 65 57 < PB ≤ 65 50 < PB ≤ 57 42 < PB ≤ 50 35 < PB ≤ 42 28 < PB ≤ 35 20 < PB ≤ 28 12 < PB ≤ 20 4 < PB ≤ 12 0 ≤ PB ≤ 4
i	Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	$\frac{\text{Jumlah Subsidi Biaya Pasien}}{\text{Pendapatan BLU}}$	x100%	2 1,5 1 0,5 0	SBP ≤ 5 3,5 < SBP ≤ 5 2 < SBP ≤ 3,5 0,5 < SBP ≤ 2 0 ≤ SBP ≤ 0,5

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
2.	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU				
a.	Rencana Bisnis Anggaran (RBA) definitif	2	1) Jadwal Penyusunan 1. Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya 2. Setelah tanggal 31 Desember tahun sebelumnya 2) Kelengkapan 1. Ditandatangani oleh pemimpin BLU 2. Diketahui oleh dewan pengawas atau pejabat yang ditunjuk oleh menteri / pimpinan lembaga jika BLU tidak mempunyai dewan pengawas 3. Disetujui dan ditandatangani oleh menteri / pimpinan lembaga 4. Kesesuaian format dengan PMK No. 92/PMK.05/2011	0,4 0 Ya Tidak 0,4 0 0,4 0 0,4 0 0,4 0	
b.	Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akutansi Keuangan	2	<ul style="list-style-type: none"> • Skor waktu penyampaian dan audit laporan keuangan 1) Laporan Keuangan Triwulan I <ol style="list-style-type: none"> 1. Disampaikan sampai dengan tanggal 15 2. Terlambat s.d. 30 hari 3. Terlambat lebih dari 30 hari 2) Laporan Keuangan Semester I <ol style="list-style-type: none"> 1. Disampaikan sampai dengan tanggal 10 2. Terlambat s.d. 30 hari 3. Terlambat lebih dari 30 hari 3) Laporan keuangan Triwulan III <ol style="list-style-type: none"> 1. Disampaikan sampai dengan tanggal 15 2. Terlambat s.d. 30 hari 3. Terlambat lebih dari 30 hari 4) Laporan Keuangan Tahunan 	0,2 0,15 0,1 0,2 0,15 0,1 0,2 0,15 0,1	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
			1. Disampaikan sampai dengan tanggal 20 2. Terlambat s.d. 30 hari 3. Terlambat lebih dari 30 hari 5) Audit Laporan Keuangan Tahunan 1. Diaudit oleh auditor eksternal s.d tanggal 31 Mei TA berikutnya 2. Diaudit oleh auditor eksternal setelah tanggal 31 Mei TA berikutnya 3. Tidak diaudit • Skor audit Laporan Keuangan 1. Wajar Tanpa Pengecualian (<i>unqualified</i>) 2. Wajar Dengan Pengecualian (<i>qualified</i>) 3. Tidak Berpendapat (<i>disclaimer</i>) 4. Tidak Wajar (<i>adverse</i>) 5. Belum / tidak diaudit (<i>unaudited</i>)	0,2 0,15 0,1 0,2 0,15 0,1 1 0,5 0,25 0,15 0,1	
c.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	1) SP3B BLU Triwulan I 1. Disampaikan sampai dengan akhir triwulan I 2. Disampaikan setelah triwulan I 3. Saldo kas telah sesuai 2) SP3B BLU Triwulan II 1. Disampaikan sampai dengan akhir triwulan II 2. Disampaikan setelah triwulan II 3. Saldo kas telah sesuai 3) SP3B BLU Triwulan III 1. Disampaikan sampai dengan akhir triwulan III 2. Disampaikan setelah triwulan III 3. Saldo kas telah sesuai 4) SP3B BLU Triwulan IV 1. Disampaikan sesuai dengan langkah-langkah	0,2 0 0,2 0,2 0 0,2 0,2 0 0,2 0,4	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
			akhir tahun anggaran 2. Masih terdapat pendapatan dan belanja yang belum dilakukan pengesahan 3. Saldo kas telah sesuai	0 0,4	
d.	Tarif Layanan	1	1) Apabila tarif telah ditetapkan oleh Menteri Keuangan 2) Apabila tarif masih dalam proses penilaian di Kementerian Keuangan 3) Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan, namun menggunakan tarif berdasarkan PP 4) Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan, namun menggunakan tarif yang ditetapkan menteri / pimpinan lembaga 5) Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan, namun menggunakan tarif yang ditetapkan pemimpin Satker BLU	1 0,75 0,5 0,25 0	
e.	Sistem Akutansi	1		Ya	Tidak
			1. Sistem Akuntansi Keuangan 2. Sistem Akuntansi Biaya 3. Sistem Akuntansi Aset Tetap	0,6 0,2 0,2	0 0 0

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
f.	Persetujuan Rekening	0,5	1. Rekening Pengelolaan kas 2. Rekening Operasional 3. Rekening Dana Kelolaan	Ya	Tidak
				0,1	0
				0,3	0
g.	SOP Pengelolaan Kas	0,5	SOP Pengelolaan Kas	Ya	Tidak
				0,5	0
h.	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	SOP Pengelolaan Piutang	Ya	Tidak
				0,5	0
i.	SOP Pengelolaan Utang	0,5	SOP Pengelolaan Utang	Ya	Tidak
				0,5	0
j.	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	Ya	Tidak
				0,5	0
k.	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	Ya	Tidak
				0,5	0

B. Aspek Pelayanan

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
1.	PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS				
a.	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	3	Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari pada tahun berjalan <hr/> Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari tahun lalu	3 2,5 2 1,5 1 0	$RJ \geq 1,10$ $1,00 \leq RJ < 1,10$ $0,95 \leq RJ < 1,00$ $0,90 \leq RJ < 0,95$ $0,85 \leq RJ < 0,90$ $RJ < 0,85$

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
b.	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2,5	$\frac{\text{Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari pada tahun berjalan}}{\text{Rata-rata kunjungan rawat darurat per hari tahun lalu}}$	2,5 2 1,5 1 0,5 0	$RD \geq 1,10$ $1,00 \leq RD < 1,10$ $0,95 \leq RD < 1,00$ $0,90 \leq RD < 0,95$ $0,85 \leq RD < 0,90$ $RD < 0,85$
c.	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2,5	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan rawat inap tahun berjalan}}{\text{Jumlah hari perawatan rawat inap tahun lalu}}$	2,5 2 1,5 1 0,5 0	$RI \geq 1,10$ $1,00 \leq RI < 1,10$ $0,95 \leq RI < 1,00$ $0,90 \leq RI < 0,95$ $0,85 \leq RI < 0,90$ $RI < 0,85$
d.	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2,5	$\frac{\text{Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari tahun berjalan}}{\text{Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari tahun lalu}}$	2,5 2 1,5 1 0,5 0	$PR \geq 1,10$ $1,00 \leq PR < 1,10$ $0,95 \leq PR < 1,00$ $0,90 \leq PR < 0,95$ $0,85 \leq PR < 0,90$ $PR < 0,85$
e.	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2,5	$\frac{\text{Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari tahun berjalan}}{\text{Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari tahun lalu}}$	2,5 2 1,5 1 0,5 0	$PL \geq 1,10$ $1,00 \leq PL < 1,10$ $0,95 \leq PL < 1,00$ $0,90 \leq PL < 0,95$ $0,85 \leq PL < 0,90$ $PL < 0,85$

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
f.	Pertumbuhan Operasi	2,5	$\frac{\text{Rata-rata oprasi per hari tahun berjalan}}{\text{Rata-rata operasi per hari tahun lalu}}$	2,5 2 1,5 1 0,5 0	$PO \geq 1,10$ $1,00 \leq PO < 1,10$ $0,95 \leq PO < 1,00$ $0,90 \leq PO < 0,95$ $0,85 \leq PO < 0,90$ $PO < 0,85$
h.	Pertumbuhan Rehab Medik	2,5	$\frac{\text{Rata-rata rehab medik per hari tahun berjalan}}{\text{Rata-rata rehab medik per hari tahun lalu}}$	2,5 2 1,5 1 0,5 0	$PRM \geq 1,10$ $1,00 \leq PRM < 1,10$ $0,95 \leq PRM < 1,00$ $0,90 \leq PRM < 0,95$ $0,85 \leq PRM < 0,90$ $PRM < 0,85$
2.	EFEKTIFITAS PELAYANAN				
a.	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2	$\frac{\text{Rekam medik 24 jam yang telah diisi lengkap setelah selesai pelayanan}}{\text{Jumlah semua rekam medik}} \times 100\%$	2 1,5 1,25 1 0,5 0	$KRM > 80$ $60 < KRM \leq 80$ $40 < KRM \leq 60$ $30 < KRM \leq 40$ $20 < KRM \leq 30$ $0 \leq KRM \leq 20$
b.	Pengembalian Rekam Medik	2	$\frac{\text{Jumlah rekam medik rawat dikembalikan}}{\text{Jumlah semua rekam medik dalam satu tahun}} \times 100\%$	2 1,5 1,25 1 0,5 0	$PRM > 80$ $60 < PRM \leq 80$ $40 < PRM \leq 60$ $30 < PRM \leq 40$ $20 < PRM \leq 30$ $0 \leq PRM \leq 20$

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
c.	Angka Pembatalan Operasi	2	$\frac{\text{Jumlah pembatalan operasi elektif}}{\text{Jumlah tindakan operasi yang telah direncanakan}} \times 100\%$	0,5 1 1,5 2	$APO > 3$ $2 < APO \leq 3$ $1 < APO \leq 2$ $0 \leq APO \leq 1$
d.	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	$\frac{\text{Jumlah kegagalan hasil radiologi}}{\text{Jumlah pemeriksaan radiologi}} \times 100\%$	0,5 1 1,5 2	$AKR > 3$ $2 < AKR \leq 3$ $1 < AKR \leq 2$ $0 \leq AKR \leq 1$
e.	Penulisan Resep Sesuai Formularium	2	$\frac{\text{Jumlah resep sesuai formularium}}{\text{Jumlah semua resep di rumah sakit}} \times 100\%$	2 1,5 1 0,5	$PRF \geq 90$ $70 \leq PRF < 90$ $50 \leq PRF < 70$ $0 \leq PRF < 50$
f.	Angka Pengulangan Pemeriksaan	2	$\frac{\text{Jumlah pemeriksaan ulang di laboratorium patologi klinik selama satu tahun}}{\text{Jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium pada tahun yang sama}} \times 100\%$	0,5 1 1,5 2	$PPL > 3$ $2 < PPL \leq 3$ $1 < PPL \leq 2$ $0 \leq PPL \leq 1$
g.	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	2	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan}}{\text{Jumlah hari x tempat tidur}} \times 100\%$	0,5 1 1,5 2 1,5 1 0,5	$BOR \geq 100$ $90 \leq BOR < 100$ $80 \leq BOR < 90$ $70 \leq BOR < 80$ $60 \leq BOR < 70$ $50 \leq BOR < 60$ $BOR < 50$

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
C.	PERTUMBUHAN PEMBELAJARAN				
a.	Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1,5	$\frac{\text{Jumlah jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah karyawan dalam 1 tahun} \times 20 \text{ jam}}$	1,5 1 0,5 0,25	JPK \geq 0,80 $0,60 \leq$ JPK < 0,80 $0,40 \leq$ JPK < 0,60 JPK < 0,40
b.	Program <i>Reward and Punishment</i>	1,5	1. Tidak ada program <i>reward and punishment</i> 2. Ada program tidak dilaksanakan 3. Ada program sebagian dilaksanakan 4. Ada program dilaksanakan sepenuhnya	0 0,5 1 1,5	

4.1.1.1 MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
1.	MUTU PELAYANAN				
a.	<i>Emergency Response Time Rate</i>	2	Rata-rata waktu tunggu sampai mendapatkan pelayanan (dalam menit) di instalasi gawat darurat	2 1,5 1 0,50	ERT \leq 8 $8 <$ ERT \leq 15 $15 <$ ERT \leq 30 ERT > 30
b.	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	Rata-rata lama waktu tunggu pasien sampai mendapatkan pelayanan di unit rawat jalan (dalam menit)	2 1,5 1 0,50	WRJ \leq 30 $30 <$ WRJ \leq 60 $60 <$ WRJ \leq 90 WRJ > 90

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
c.	<i>Length of Stay</i>	2	$\frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar}}$	2 1,5 1 0,5	6 < LOS ≤ 9 9 < LOS ≤ 12 12 < LOS ≤ 15 LOS > 15
d.	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	Rata-rata penyelesaian pelayanan resep obat jadi (dalam menit)	2 1,5 1 0,50	KRO < 8 8 ≤ KRO < 15 15 ≤ KRO < 30 KRO ≥ 30
e.	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	Rata-rata lama menunggu sebelum dioperasi efektif (dalam hari)	2 1,5 1 0,50	WTO < 2 2 ≤ WTO < 3 3 ≤ WTO < 5 WTO ≥ 5
f.	Waktu Tunggu Hasil Laborat	2	Rata-rata lama menunggu hasil laboratorium (dalam jam)	2 1,5 1 0,50	WTL ≤ 3 3 < WTL ≤ 4 4 < WTL ≤ 5 WTL > 5
h.	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	Rata-rata lama menunggu hasil radiologi (dalam jam)	2 1,5 1 0,50	WTR ≤ 3 3 < WTR ≤ 4 4 < WTR ≤ 5 WTR > 5
2.	MUTU KLINIK				
a.	Angka Kematian Gawat Darurat	2	$\frac{\text{Jumlah kematian pasien yang telah mendapatkan pelayanan di Unit Gawat Darurat (UGD) RSUD}}{\text{Jumlah pasien di UGD RSUD}} \times 100\%$	2 1,5 1 0	AKG ≤ 2,5 2,5 < AKG ≤ 3 3 < AKG ≤ 5 AKG > 5
b.	Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 Jam	2	$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal/buta} \geq 48 \text{ jam}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}} \times 100\%$	2 1,5 1 0	AKL < 25 25 ≤ AKL < 40 40 ≤ AKL < 65 AKL ≥ 65

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
c.	Post Operative Death Rate	2	$\frac{\text{Jumlah pasien operasi yang meninggal}}{\text{Jumlah pasien yang dioperasi}} \times 100\%$	2 1,5 1 0	POD < 2 2 ≤ POD < 5 5 ≤ POD < 10 POD ≥ 10
d.	Angka Infeksi Nosokomial	2	$\frac{\text{Jumlah dirawat yang terkena infeksi Nosokomial}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}} \times 100\%$	a) Dekubitus 1 0,75 0,5 0,25 b) Phlebitis 1 0,75 0,5 0,25 c) Infeksi Saluran Kemih (ISK) 1 0,75 0,5 0,25 d) Infeksi Luka Operasi (ILO) 1 0,75 0,5 0,25 e) Luka Fiksasi 1 0,75 0,5 0,25	AIN < 1,5 1,5 ≤ AIN < 5 5 ≤ AIN < 10 AIN ≥ 10 AIN < 1,5 1,5 ≤ AIN < 5 5 ≤ AIN < 10 AIN ≥ 10 AIN < 1,5 1,5 ≤ AIN < 5 5 ≤ AIN < 10 AIN ≥ 10 AIN < 1,5 1,5 ≤ AIN < 5 5 ≤ AIN < 10 AIN ≥ 10 AIN < 1,5 1,5 ≤ AIN < 5 5 ≤ AIN < 10 AIN ≥ 10

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
				f) Dermatocosis	
				1	AIN < 1,5
				0,75	1,5 ≤ AIN < 5
				0,5	5 ≤ AIN < 10
				0,25	AIN ≥ 10
				g) Scabies dan Pediculosis	
				1	AIN < 1,5
				0,75	1,5 ≤ AIN < 5
				0,5	5 ≤ AIN < 10
				0,25	AIN ≥ 10
				h) Jatuh Karena Postural Hipotensi	
				1	JPH < 2
				0,75	2 ≤ JPH < 5
				0,5	5 ≤ JPH < 10
				0,25	JPH ≥ 10
				Angka Infeksi Nosokomial	
				0,75	Dekubitus 4%
				0,75	Phlebitis 3,60%
				0,75	ISK 4,20%
				0,75	ILO 3,70%
				3,00	
				Angka Infeksi Nosokomial RSKO/RSJ	
				0,75	Luka Fiksasi 4%
				0,75	Dermatocosis 3,60%
				0,75	Scabies & Pediculosis 4,20%
				0,75	Jatuh karena postural Hipotensi 3,70%
				3,00	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
e.	Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2	$\frac{\text{Jumlah ibu meninggal dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas}}{\text{Jumlah ibu yang dilayani dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas}} \times 100\%$	2 1,5 1 0	AKI < 1 1 ≤ AKI < 2 2 ≤ AKI < 3 AKI ≥ 3
3.	KEPEDULIAN MASYARAKAT				
a.	Pembinaan Kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lain	1	1. Tidak ada program 2. Ada program tidak dilaksanakan 3. Ada program sebagian dilaksanakan 4. Ada program dilaksanakan	0,00 0,20 0,50 1,00	
b.	Penyuluhan Kesehatan	1	1. Tidak ada program 2. Ada program tidak dilaksanakan 3. Ada program sebagian dilaksanakan 4. Ada program dilaksanakan sepenuhnya	0,00 0,20 0,50 1,00	
c.	Rasio Tempat Tidur Kela III	2	$\frac{\text{Jumlah hari perawatan kelas III}}{\text{Jumlah tempat tidur kelas III x hari}} \times 100\%$	2 1,5 0,75 0	RTT ≥ 30 20 ≤ RTT < 30 10 ≤ RTT < 20 RTT < 10
4.	KEPUASAN				
a.	Penanganan Pengaduan/ Komplain	1	$\frac{\text{Pengaduan/komplain tertulis yang telah ditindaklanjuti manajemen}}{\text{Jumlah seluruh pengaduan/complain tertulis yang dilaporkan}} \times 100\%$	1 0,75 0,50 0	PPK > 70 60 < PPK ≤ 70 50 < PPK ≤ 60 PPK ≤ 50

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	NORMA PERHITUNGAN	BATASAN NILAI	
				NILAI	HASIL PERHIT
1	2	3	4	5	6
b.	Kepuasan Pelanggan	1	$\frac{\text{Hasil Penilaian IKM}}{\text{Skala Maksimal Nilai IKM}} \times \text{Bobot}$		
5.	KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN				
a.	Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Bersih)	2	1. Nilai Total ≥ 7500 2. $5000 \leq \text{Nilai Total} < 7500$ 3. Nilai Total < 5000	2 1 0	
b.	Proper Lingkungan	1	1. Hitam semua, pengukuran tidak dilaksanakan 2. Merah semua, pengukuran dilaksanakan namun ada kelalaian 3. Biru semua, pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas 4. Hijau semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan 5. Kuning semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan dan pelatihan bagi masyarakat	0,2 0,4 0,6 0,8 1	

Perhitungan Capaian Kinerja BLUD bidang layanan kesehatan pada rumah sakit meliputi :

- 1. Aspek Keuangan dengan skor paling tinggi 30 terdiri dari :**
 - a. Sub aspek rasio keuangan dengan skor paling tinggi 19
 - b. Sub aspek kepatuhan pengelola keuangan BLU dengan skor paling tinggi 11
- 2. Aspek Pelayanan dengan skor paling tinggi 70 terdiri dari :**
 - a. Sub aspek layanan dengan skor paling tinggi 35
 - b. Sub aspek mutu dan manfaat kepada masyarakat dengan skor paling tinggi 35

Berikut perhitungan capaian kinerja BLUD :

1. Aspek Keuangan

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	RASIO KEUANGAN						
a.	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2	$\frac{19.037.576.026,13}{14.600.057.451,88} \times 100\%$	130,39	1	50	
b.	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,5	$\frac{31.349.972.634,13}{14.600.057.451,88} \times 100\%$	214,72	0,5	20	
c.	Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Periode</i>)	2	$\frac{2.069.030.690.008,50}{166.428.931.175,16} \times 1 \text{ hari}$	12,43	2	100	
d.	Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2	$\frac{113.435.366.040,16}{140.540.973.483,26} \times 100\%$	80,71	2	100	
e.	Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	2	$\frac{10.631.227.719,35}{140.540.973.483,26} \times 100\%$	7,56	2	100	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
f.	Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	2	$\frac{10.631.227.719,35}{180.610.606.059,51} \times 100\%$	5,89	1,4	70	
g.	Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2	$\frac{6.835.233.605,50}{113.480.040.624,16} \times 365$	21,99	1	50	
h.	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,5	$\frac{166.428.931.175,16}{120.326.123.109,71} \times 100\%$	138,31	2,5	100	
i.	Rasio Subsidi Biaya Pasien	2		0	0	0	
		19			12,4	65,26	
2.	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU						
a.	Rencana Bisnis Anggaran (RBA) definitif	2	1) Jadwal Penyusunan 1. Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya 0,4 2. Setelah tanggal 31 Desember tahun sebelumnya 0 2) Kelengkapan 1. Ditandatangani oleh Pemimpin BLU 0,4 2. Diketahui oleh dewan pengawas atau pejabat yang ditunjuk oleh menteri / pimpinan lembaga jika BLU tidak mempunyai dewan pengawas 0,4 3. Disetujui dan ditandatangani oleh menteri / pimpinan lembaga 0,4 4. Kesesuaian format dengan PMK No.92/PMK.05/2011 0,4		2	100	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
b.	Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akutansi Keuangan	2	<ul style="list-style-type: none"> • Skor waktu penyampaian dan audit laporan keuangan 1) Laporan Keuangan Triwulan I <ol style="list-style-type: none"> 1. Disampaikan sampai dengan tanggal 15 2. Terlambat s.d. 30 hari 3. Terlambat lebih dari 30 hari 2) Laporan Keuangan Semester I <ol style="list-style-type: none"> 1. Disampaikan sampai dengan tanggal 10 2. Terlambat s.d. 30 hari 3. Terlambat lebih dari 30 hari 3) Laporan keuangan Triwulan III <ol style="list-style-type: none"> 1. Disampaikan sampai dengan tanggal 15 2. Terlambat s.d. 30 hari 3. Terlambat lebih dari 30 hari 4) Laporan Keuangan Tahunan <ol style="list-style-type: none"> 1. Disampaikan sampai dengan tanggal 20 2. Terlambat s.d. 30 hari 3. Terlambat lebih dari 30 hari 5) Audit Laporan Keuangan Tahunan <ol style="list-style-type: none"> 1. Diaudit oleh auditor eksternal s.d tanggal 31 Mei TA berikutnya 2. Diaudit oleh auditor eksternal setelah tanggal 31 Mei TA berikutnya 3. Tidak diaudit • Skor audit Laporan Keuangan <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajar Tanpa Pengecualian (<i>unqualified</i>) 2. Wajar Dengan Pengecualian (<i>qualified</i>) 3. Tidak Berpendapat (<i>disclaimer</i>) 4. Tidak Wajar (<i>adverse</i>) 5. Belum / tidak diaudit (<i>unaudited</i>) 	0,2	0,8	40	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
c.	Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	1) SP3B BLU Triwulan I 1. Disampaikan sampai dengan akhir triwulan I 2. Disampaikan setelah triwulan I 3. Saldo kas telah sesuai 2) SP3B BLU Triwulan II 1. Disampaikan sampai dengan akhir triwulan II 2. Disampaikan setelah triwulan II 3. Saldo kas telah sesuai 3) SP3B BLU Triwulan III 1. Disampaikan sampai dengan akhir triwulan III 2. Disampaikan setelah triwulan III 3. Saldo kas telah sesuai 4) SP3B BLU Triwulan IV 1. Disampaikan sesuai dengan langkah-langkah akhir tahun anggaran 2. Masih terdapat pendapatan dan belanja yang belum dilakukan pengesahan 3. Saldo kas telah sesuai	0,2 0 0,2 0,2 0 0,2 0,2 0 0,2 0,4 0 0,4	2	100	
d.	Tarif Layanan	1	1) Apabila tarif telah ditetapkan oleh Menteri Keuangan 2) Apabila tarif masih dalam proses penilaian di Kementerian Keuangan 3) Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan, namun menggunakan tarif berdasarkan PP 4) Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan, namun menggunakan tarif yang ditetapkan meneri / pimpinan lembaga 5) Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan, namun menggunakan tarif yang ditetapkan pemimpin Satker BLU	0,5	0,5	50	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
e.	Sistem Akuntansi	1	1. Sistem Akuntansi Keuangan 2. Sistem Akuntansi Biaya 3. Sistem Akuntansi Aset Tetap	0,6 0,2 0,2	1	100	
f.	Persetujuan Rekening	0,5	1. Rekening Pengelolaan kas 2. Rekening Operasional 3. Rekening Dana Kelolaan	0,1 0 0,1	0,2	40	
g.	SOP Pengelolaan Kas	0,5	SOP Pengelolaan Kas	0,5	0,5	100	
h.	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	0,5	100	
i.	SOP Pengelolaan Utang	0,5	SOP Pengelolaan Utang	0,5	0,5	100	
j.	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0	0	0	
k.	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	0,5	100	
		11			8,5	77.27	

2. Aspek Pelayanan

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS						
a.	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2	$\frac{432.64}{481.23}$	0.75	1	37,5	
b.	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2	$\frac{47.11}{61.71}$	0.76	0	0	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
c.	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	$\frac{43.916}{57.116}$	0.77	0	0	
d.	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2	$\frac{41.39}{48.47}$	0.85	0,5	25	
e.	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2	$\frac{1022.13}{1368.45}$	0.74	0	0	
f.	Pertumbuhan Operasi	2	$\frac{6.40}{8.29}$	0.77	0	0	
g.	Pertumbuhan Rehab Medik	2	$\frac{89.99}{101.29}$	0,89	0.5	25	
h.	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran tahun berjalan	2	$\frac{60}{52}$	1.15	2	100	
i.	Pertumbuhan Penelitian yang dipublikasikan	2	$\frac{24}{70}$	0.34	0	0	
		18			4	22,23	
2.	EFEKTIFITAS PELAYANAN						
a.	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2	$\frac{395}{9732} \times 100$	4,05	0	0	
b.	Pengembalian Rekam Medik	2	$\frac{8944}{9732} \times 100\%$	91.90	2	100	
c.	Angka Pembatalan Operasi	2	$\frac{53}{2290} \times 100\%$	2.31	1	50	
d.	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	$\frac{38}{10436} \times 100\%$	0.36	2	100	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
e.	Penulisan Resep Sesuai Formularium	2	$\frac{49.907}{57.180} \times 100\%$	87.28	1,5	75	
f.	Angka Pengulangan Pemeriksaan	2	$\frac{817}{373.562} \times 100\%$	0.21	2	100	
g.	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	2	$\frac{43916}{366 \times 212} \times 100\%$	56.60	1	50	
		14			9.5	67,85	
C.	PERTUMBUHAN PEMBELAJARAN						
a.	Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1,5	$\frac{13520}{676 \times 20}$	1	1	100	
b.	Prosentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	$\frac{29 \times 100}{36}$	1	1	100	
b.	Program <i>Reward and Punishment</i>	1,5	Ada program sebagian dilaksanakan	1	1	66,7	
		4			3	75	

5.2.1 MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	MUTU PELAYANAN						
a.	<i>Emergency Response Time Rate</i>	2	$\frac{249}{50}$	4,98 menit	2	100	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
b.	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	$\frac{3353}{50}$	67.06menit	1	50	
c..	<i>Length of Stay</i>	2	$\frac{43916}{9732}$	4.513	2	100	
d.	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	$\frac{635}{50}$	12.70 menit	1.5	75	
e.	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	2 hari	≤ 1 minggu	1.5	75	
f.	Waktu Tunggu Hasil Laborat	2	$\frac{5764}{50}$	115.28 Menit	2	100	
g.	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	$\frac{7344}{3672}$	2 jam (120 Menit)	2	100	
		14			12	85.71	
2.	MUTU KLINIK						
a.	Angka Kematian Gawat Darurat	2	$\frac{246}{17242} \times 100\%$	1.42	2	100	
b.	Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 Jam	2	$\frac{568}{9676} \times 100\%$	5.87	2	100	
c.	<i>Post Operative Death Rate</i>	2	$\frac{0}{2290} \times 100\%$	0	2	100	
d.	Angka Infeksi Nosokomial	4	$\frac{83}{9093} \times 100\%$	0.91	1	25	
e.	Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2	$\frac{1}{233} \times 100\%$	0.43	2	100	
		12			9	75	
3.	KEPEDULIAN MASYARAKAT						
a.	Pembinaan Kepada Pusat Kesehatan Masyara-	1	Ada program sebagian dilaksana-	0,50	0,50	50	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
	kat dan Sarana Kesehatan Lain		kan				
b.	Penyuluhan Kesehatan	1	Ada program sebagian dilaksanakan	0,50	0,50	50	
c.	Rasio Tempat Tidur	2	$\frac{43916}{212 \times 366} \times 100\%$	56.59	2	100	
		4			3	75	
4.	KEPUASAN						
a.	Penanganan Pengaduan/ Komplain	1	$\frac{12}{12} \times 100\%$	100	1	100	
b.	Kepuasan Pelanggan	1	$\frac{80.85}{77,50} \times 100\%$	104.32	1	100	
		2			2	100	
5.	KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN						
a.	Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit Bersih)	2	Nilai Total ≥ 7500	2	2	100	
b.	Proper Lingkungan	1	5 Kuning semua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan dan pelatihan bagi masyarakat	1	1	100	
		3			3	100	
	Total Bobot Nilai	100	Bobot Nilai yang dicapai		66,4	66,4	

Dari penghitungan diatas pada tahun 2020 diperoleh total skor (TS) sebesar **66,4** hal ini menunjukkan bahwa kinerja BLUD RSUD Mardi Waluyo masuk dalam kategori **BAIK** dengan predikat **A** terdapat penurunan yang cukup signifikan dibanding capaian pada tahun 2019 yaitu penurunan capaian sebesar 10,38%, hal ini akibat dari dampak pandemi covid-19. Penurunan capaian banyak terjadi di aspek pelayanan di poin pertumbuhan produktivitas dimana dengan terjadinya pandemi covid-19 sangat mempengaruhi kunjungan pasien ke rumah sakit.

Analisa dari hasil penghitungan kinerja :

1) Aspek Keuangan

Indikator yang belum terpenuhi yaitu :

- Rasio subsidi biaya pasien belum bisa dihitung karena bergantung dari verifikasi pihak penjamin.
- SOP Pengadaan Barang dan Jasa, yang digunakan sebagai dasar dari pengadaan barang dan jasa adalah Perwali No. 2 tahun 2019 tentang Pengadaan Barang / Jasa BLUD pada RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

2) Aspek Pelayanan

Indikator yang belum mencapai nilai maksimal yaitu :

- Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat
- Pertumbuhan hari perawatan rawat inap
- Pertumbuhan pemeriksaan radiologi
- Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium
- Pertumbuhan operasi
- Pertumbuhan rehab medik
 - Dari pertumbuhan kunjungan rawat darurat sampai dengan pertumbuhan rehab medik capaian sangat dipengaruhi adanya pandemi covid-19
- Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan
 - Kurangnya kepatuhan dari dokter atau pihak yang berwenang dalam pengisian berkas rekam medis
 - Perlu sistem agar pengisian berkas rekam medis dapat berjalan dengan baik
- Waktu tunggu rawat jalan
 - Kehadiran dokter di poli tidak bisa tepat waktu karena juga melaksanakan tugas di ruang rawat inap
 - Perlu penambahan tenaga dokter spesialis
- Waktu tunggu sebelum operasi

Rata-rata waktu tunggu operasi kurang dari 1 (satu) minggu hal ini disebabkan banyaknya jumlah pasien yang harus mendapatkan pelayanan operasi

a. Kinerja Keuangan

Tabel 3.3 Pencapaian Kinerja Keuangan Tahun 2020

Sasaran Strategis	Program-Kegiatan	Target	Realisasi	% Capaian
1	2	3	4	5
MENINGKATNYA KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT	PROGRAM PENGADAAN, PENINGKATAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT / RUMAH SAKIT JIWA / RUMAH SAKIT PARU-PARU	8.908.858.000,00	8.503.892.164,00	95,45
	Pengadaan Alat – alat Kesehatan Rumah Sakit (DAK)	8.908.858.000,00	8.503.892.164,00	95,45
	PROGRAM PEMBINAAN LINGKUNGAN SOSIAL (DBHCHT BIDANG KESEHATAN)	4.890.229.310,00	4.695.501.171,00	96,01
	Pengadaan Alat Kesehatan Jantung dan Paru	4.890.229.310,00	4.695.501.171,00	96,01
	PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN BLUD	92.948.649.455,76	99.925.494.346,79	107,51
	Pelayanan dan Pendukung Pelayanan Kesehatan RSUD Mardi Waluyo	92.948.649.455,76	99.925.494.346,79	107,51

Penjelasan pencapaian kinerja keuangan sebagai berikut :

1. Program Pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru

Tabel 3.4 Pencapaian Kinerja Kegiatan pada Program Pengadaan, Peningkatan Sarana dan Prasarana RS/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru

NO	Kegiatan	Indikator Kinerja	TAHUN 2020			
			TARGET	REALISASI	CAPAIAN KINERJA	PREDIKAT
1	Pengadaan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit	Jumlah Jenis Alat-alat Kesehatan Rumah Sakit	25 Jenis	12 Jenis	95,45%	Sangat Tinggi
			8.908.858.000,00	8.503.892.164,00		

Berikut Jenis Alat – Alat Kesehatan Rumah Sakit :

Tabel 3.5 Daftar Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit dengan Dana DAK 2020

NO	NAMA BARANG	VOLUME	
		Target	Realisasi
1	Lampu Operasi	2	2
2	Operating Table Electric	2	2
3	Bed Side Monitor	3	3
4	Strecher / Brankar	4	4
5	CPAP & Compressor	3	3
6	Syringe Pump	20	20
7	Inkubator Infant	2	2
8	Pediatric Hospital Bed	24	24
9	Echo / Echocardiograph	1	1
10	Coagulation Instrument/Peralatan Koagulasi	1	1
11	Automatid Urinalysis Syystem / Urine Analyzer	1	1
12	Biosafety Cabinet	1	1

2. Program Pembinaan Lingkungan Sosial (DBHCHT bidang kesehatan)

Tabel 3.6 Pencapaian Kinerja Kegiatan pada Program Pembinaan Lingkungan Sosial (DBHCHT bidang kesehatan)

NO	KEGIATAN	Indikator Kinerja	TAHUN 2020			
			TARGET	REALISASI	CAPAIAN KINERJA	PREDIKAT
1	Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat dengan Penyediaan Fasilitas Perawatan Kesehatan Bagi Penderita Akibat Dampak Asap Rokok (DBHCHT)	Jumlah Jenis alat kesehatan jantung dan paru yang terpenuhi	34macam	15macam	96,01	Sangat Tinggi
			4.890.229.310,00	4.695.501.171,00		

Tabel 3.7 Daftar Pengadaan Alat Kedokteran (alat jantung dan paru) dengan Dana DBHCHT

NO	NAMA BARANG	VOLUME	
		Target	Realisasi
1	SWD	2	2
2	MWD	1	1
3	Hepafilter Portable Besar	11	11
4	Hepafilter Portable Kecil	8	8
5	Hepafilter Portable Sedang	16	16
6	Vidiolaringoscope	1	1
7	Stracher	1	1
8	Vaskuluminator	1	1
9	Baby Infant Resusitator	1	1
10	Feta Monitor	1	1
11	USG Portabli	1	1
12	Suction Portable	2	2
13	Inkubator Transport	1	1
14	Infant Warmer	1	1
15	Hepafilter Tekanan Negatif	4	4

3. Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD

Tabel 3.8 Pencapaian Kinerja Kegiatan pada Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan BLUD

NO	KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TAHUN 2020					
			TARGET	REALISASI	CAPAIAN KINERJA	Ket		
1	Pelayanan dan Pendukung Pelayanan Kesehatan RSUD Mardi Waluyo	a. Jumlah Bulan Penerimaan Jasa	12 Bulan	6 Bulan	50%	Sangat Tinggi		
			39.044.860.481,76	36.547.916.757,00	93,60%			
		b. Jumlah Jenis Pelayanan Adminitrasi RS	350 jenis	335 jenis	95,71%	Sangat Tinggi		
			17.559.853.247,00	16.423.362.797,86	93,52%			
		c. Jumlah SDM yang mengikuti Diklat / Seminar /Simposium	120 orang	56 orang	46,67%	Sedang		
			1.257.606.100,00	920.381.602,00	73,19%			
		d. Jumlah Jenis Sarana Prasarana Rumah sakit	150 macam	101 macam	67,34%	Sangat Tinggi		
			870.336.000,00	838.077.400,00	96,29%			
		e. Jumlah Jenis alat Kesehatan	20 jenis	28 jenis	140%	Sangat Tinggi		
			1.044.143.000,00	985.130.250,00	94,35%			
		f. Jumlah Jenis obat-obatan, Bahan Kimia Rumah Sakit	1.650 Jenis	695 jenis	42,12%	Sangat Tinggi		
			33.171.850.627,00	44.210.625.539,93	133,28%			
		JUMLAH			92.948.649.455,00	99.925.494.346,79	107,51%	Sangat Tinggi
		2	Anggaran Pendapatan		87.500.001.010,00	113.480.040.624,16	129,7 %	Sangat Tinggi

Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan sumber dana fungsional dari BLUD RSUD Mardi Waluyo berupa pendapatan retribusi pelayanan kesehatan. Program ini dilaksanakan sesuai dengan prioritas dan urgensi kebutuhan operasional rumah sakit. Keberhasilan kegiatan pelayanan dan operasional rumah sakit sangat tergantung kepada kualitas sumberdaya yang dimiliki rumah sakit. Target Anggaran Rp. 87.500.001.010,00 realisasi Rp. 113.480.040.624,16 (129,7 %).

Realisasi program dan kegiatan pada tahun 2020 dari sumber dana BLUD dijelaskan sebagai berikut :

1. Biaya pelayanan :
 - a. Biaya pegawai : Gaji Pegawai Non PNS
 - b. Biaya bahan : Obat-obatan, bahan kimia, peralatan habis pakai, makan minum pasien, bahan alat kesehatan habis pakai, bahan

makanan dan penyajian, alat kesehatan dan bahan habis pakai pihak ke III.

- c. Biaya jasa pelayanan : BPJS, Umum Pihak III lainnya.
 - d. Biaya pemeliharaan : biaya sertifikasi dan kalibrasi, pemeliharaan alat kesehatan.
 - e. Biaya Barang/jasa : Cetakan, jasa sewa alat kedokteran dan jasa kebersihan.
 - f. Biaya pelayanan lain-lain : Pengobatan Pegawai beresiko tinggi, pelayanan pasien tidak mampu, akreditasi Rumah Sakit, visitasi Rumah Sakit Pendidikan.
2. Biaya Umum dan Administrasi
- a. Biaya pegawai : Gaji pokok PNS / uang representasi, tunjangan pegawai, Honor Tim Pelaksana Kegiatan, Panitia/Pejabat Pengadaan / Pemeriksa, Lembur Kegiatan Operasional, Tambahan Penghasilan berdasarkan pertimbangan obyektif lainnya.
 - b. Biaya administrasi kantor : Belanja perangko, Jasa transaksi keuangan, Penggandaan, Air, Telephon, Listrik, Alat Tulis Kantor, Internet, Makan minum rapat dan tamu, paket/pengiriman, perjalanan Dinas.
3. Biaya Pemeliharaan :
- a. Belanja perawatan kendaraan bermotor, mebelair, computer dan perlengkapannya, perlengkapan kantor, bahan/tanaman,
 - b. Bahan dan pemeliharaan gedung/bangunan dan perlengkapannya.
 - c. Jasa kerja pemeliharaan IPAL, Pemeliharaan/renovasi IPL.
 - d. Suplay air bersih Gizi,
 - e. Pemeliharaan AC/TV/Jaringan air gedung/laundry, pemeliharaan dan operasional alat listrik, genset, incenerator dan telepon.
4. Belanja Barang dan Jasa
- Jasa kebersihan dan keamanan, alat listrik dan elektronik, peralatan dan bahan kebersihan, pengisian tabung gas dan tabung pemadam kebakaran, air, alat rumah tangga habis pakai, alat perlengkapan tidur, peralatan dan bahan penunjang medis, perlengkapan com-

puter, renovasi IPL, suplay air bersih, pengadaan kipas angin dan jam dinding, pengadaan perlengkapan dapur, surat kabar / majalah, kursus, bimtek, diklat dan jasa kerja lainnya.

5. Biaya Sosialisasi dan Promosi
6. Biaya Penyusutan :
Penyusutan peralatan dan mesin, gedung kantor, irigasi dan jaringan
7. Biaya Amortisasi asset tak berwujud

Analisis Capaian Kinerja Serta Alternatif Solusi yang Telah Dilakukan :

1. Capaian SPM :

Pada capaian SPM pada tahun 2020 sangat dipengaruhi oleh adanya pandemi, terutama pada ketersediaan sumber daya manusia dimana SDM dalam hal ini nakes dan tenaga lain yang berada dalam resiko tinggi terpapar covit-19. Untuk mengatasi kondisi kekurangan tenaga kesehatan RSUD Mardi Waluyo mengadakan penerimaan tenaga relawan dalam 2 tahap yaitu tahap 1 sebanyak 22 orang dan tahap 2 sebanyak 9 orang. Untuk relawan tahap 1 sebanyak 22 orang sudah berpindah status menjadi tenaga Non PNS.

2. Capaian Kinerja BLUD

Pada capaian kinerja BLUD tahun 2020 tak terlepas juga sangat dipengaruhi oleh adanya pandemi covit-19. Capaian kinerja BLUD mengalami penurunan yang cukup signifikan, penurunan ini disebabkan berkurangnya kunjungan pasien ke RSUD Mardi Waluyo. Mereka (pasien) merasa enggan datang ke rumah sakit karena takut tertular covit-19. Untuk mengatasi hal tersebut RSUD Mardi Waluyo mengadakan sosialisasi kepada pasien untuk tidak takut berobat ke rumah sakit dengan mematuhi protokol kesehatan yang telah ditetapkan. Sebagai rumah sakit rujukan covit-19 RSUD Mardi Waluyo tetap berusaha memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik kepada masyarakat, pemenuhan sarana prasarana yang disesuaikan dengan kondisi pandemi diantaranya menyiapkan ruang isolasi bagi pasien yang terpapar covit-19, beberapa ruang

rawat inap mengalami alih fungsi menjadi ruang isolasi untuk mengatasi lonjakan pasien covid-19.

Analisis Atas Efisiensi Penggunaan sumber daya

1. Untuk efisiensi pengadaan makan minum dilaksanakan sendiri oleh Instalasi Gizi rumah sakit, oleh karena itu diperlukan perlengkapan dapur instalasi Gizi dan Sumber Daya Manusia.
2. Dalam menghadapi pelaksanaan review akreditasi pada tahun 2020, maka RSUD Mardi Waluyo melaksanakan In-House training untuk semua Pegawai RSUD PNS, Non PNS, Scurity, Clining service, Parkir, adapun materinya adalah : Basic Life Support, PMPK, K3, PPI, Resusitasi Neonatus, Etika Pelayanan.

Analisis Program/Kegiatan Yang Menunjang Keberhasilan Pencapaian Pernyataan Kinerja

1. Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
Kegiatan yang akan dilakukan dalam program pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan, meliputi :
 - a. Pendidikan dan Pelatihan SDM non kesehatan dan Tenaga Kesehatan.
 - b. Pendidikan dan Pelatihan In-House training.
 - c. Pelatihan, Bimbingan Teknis, Workshop, Seminar untuk tenaga Kesehatan.
2. Pengadaan sarana dan prasarana : alat kesehatan, alat kedokteran, dan peralatan lain untuk mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Tahun 2020 RSUD Mardi Waluyo melaksanakan pembangunan Lift dan MOT sebagai sarana penghubung menuju ruang bedah sentral, ICU dan CSSD yang berada di gedung lantai 3.
3. Pengelolaan keuangan RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar menggunakan pola pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah, dengan ciri yang berbeda dengan akuntansi satuan kerja lainnya dilingkungan Pemerintah Daerah, yaitu :

- a. Dalam rangka pengelolaan kas RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar, dapat langsung menggunakan pendapatannya tanpa menyetorkan terlebih dahulu ke Kas Umum Daerah. Rumah sakit juga dapat menyimpan dan mengelola rekening bank, mendapatkan sumber dana untuk menutup defisit dan memanfaatkan surplus kas jangka pendek untuk memperoleh dana tambahan.
- b. RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar diperbolehkan memberikan piutang sehubungan dengan penyerahan barang, jasa dan/atau transaksi lainnya yang berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kegiatan rumah sakit.
- c. Akuntansi dan Laporan Keuangan RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar diselenggarakan sesuai dengan Standar Akuntansi Keuangan yang diterbitkan oleh Institut Akuntan Publik Indonesia (IAPI).
- d. Pada saat konsolidasi ke Laporan Keuangan Pemerintah Kabupaten /Kota, laporan keuangan RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar disusun menggunakan Standar Akuntansi Pemerintahan. RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar dapat mengalihkan dan/atau menghapus aset tetap dengan/melalui persetujuan pejabat berwenang.

2. Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2019-2020

Tabel 3.9 Perbandingan Realisasi Kinerja Pelayanan

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target		Realisasi	
		2019	2020	2019	2020
1	2	3	4	5	6
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.	1. Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target	78,6%	78,8%	80,55%	79,63
	2. Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	A	AA (81)	A (76,78)	A (66,4)

3. Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan Akhir Periode Renstra

Tabel 3.10 Perbandingan Realisasi Kinerja Pelayanan s.d Akhir Periode Renstra

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Akhir RENSTRA	Realisasi	Tingkat Kemajuan
1	2	3	4	5	6
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target 2) Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	78,8% AA (81)	79,63% BBB (66,4)	101,05% 81,97

4. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional (Target SPM)

Tabel 3.11 Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional (Target SPM)

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun 2020	Realisasi Nasional/ Realisasi SPM	Ket
1	2	3	4	5	6
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target 2) Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	79,63 A (66,4)	79,63 A (66,4)	Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat didukung indikator kinerja yang merupakan satu kesatuan yang tercakup dalam SPM dan capaian kinerja BLUD

B. AKUNTABILITAS KEUANGAN (COST PER OUTCOME)

1. Alokasi Per Sasaran Pembangunan

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya RSUD Mardi Waluyo didukung dengan dana yang cukup dan sebagai BLUD, RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar diberi kewenangan untuk mengelola dana sendiri. Pada tahun 2020 jumlah anggaran RSUD Mardi Waluyo adalah sebagai berikut :

- Belanja Tidak Langsung : Rp. 30.267.408.979,00,-
- Belanja Langsung : Rp. 113.090.506.378,79,-
- Jumlah : **Rp 143.357.915.357,79,-**

Dari anggaran tersebut sampai dengan 31 Desember 2019 telah terealisasi sebesar Rp. 143.357.915.357,79,-. Adapun khusus untuk anggaran dan realisasi belanja langsung program / kegiatan tahun 2020 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.12 Anggaran dan Realisasi Belanja Langsung TA 2020

NO	Uraian	Anggaran (Rp)	Realisasi (Rp)	%
1	2	3	4	5
I	PROGRAM PENGADAAN, PENINGKATAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT / RUMAH SAKIT JIWA / RUMAH SAKIT PARU-PARU	8.908.858.000,00	8.503.892.164,00	95,45
1	Pengadaan Alat – alat Kesehatan Kedokteran Umum	8.908.858.000,00	8.503.892.164,00	95,45
II	PROGRAM PEMBINAAN LINGKUNGAN SOSIAL (DBHCHT BIDANG KESEHATAN)	4.890.229.310,00	4.695.501.171,00	96,01
1	Pengadaan Alat-alat Kesehatan Jantung dan Paru yang terpenuhi	4.890.229.310,00	4.695.501.171,00	96,01
III	PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN BLUD	92.948.649.455,76	99.925.494.346,79	107,51
1	Belanja Pegawai BLUD Rumah Sakit	7.307.747.647,00	6.830.345.516,00	93,47
2	Belanja Barang dan Jasa Rumah Sakit	77.765.728.408,76	85.760.371.889,79	110,28
3	Belanja Modal BLUD Rumah Sakit	7.875.173.400,00	7.300.395.638,00	92,70
	JUMLAH	106.747.736.765,76	113.090.506.378,79	105,94

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa anggaran sebesar **Rp. 106.747.736.765,76** terealisasi sebesar **Rp. 113.090.506.378,79** atau sebesar **105,94%** hal ini menunjukkan bahwa realisasi anggaran termasuk sangat tinggi.

Tabel 3.13 Alokasi Per Sasaran Pembangunan

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Anggaran	% Anggaran
1	2	3	4	5
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target 2) Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	92.948.649.455,76	100 %

Penjelasan :

RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar sebagai Badan Layanan Umum Daerah mempunyai 1 (satu) sasaran strategis yang didukung indikator kinerja yang merupakan satu kesatuan yaitu Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan Capaian Evaluasi Kinerja BLUD.

2. Pencapaian Kinerja dan Sasaran

Pencapaian kinerja dan anggaran RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2020 ditunjukkan dalam tabel berikut

Tabel 3.14 Pencapaian Kinerja dan Anggaran

Tujuan / Sasaran / Kinerja Utama	Indikator	Kinerja			Program/ Kegiatan	Anggaran		
		Target	Realisasi	Capaian		Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	Capaian
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target 2) Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	78.8%	79.63%	101,05%	PROGRAM PENGADAAN, PENINGKATAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT / RUMAH SAKIT JIWA / RUMAH SAKIT PARU-PARU	8.908.858.000,00	8.503.892.164,00	95.45%
					Pengadaan Alat-alat Kesehatan Kedokteran Umum	8.908.858.000,00	8.503.892.164,00	95.45%
					PROGRAM PEMBINAAN LINGKUNGAN SOSIAL (DBHCHT BIDANG KESEHATAN)	4.890.229.310,00	4.695.501.171,00	96.01%
					Pengadaan Alat-alat Kesehatan Jantung dan Paru yang terpenuhi	4.890.229.310,00	4.695.501.171,00	96.01%
					PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN BLUD	92.948.649.455,76	99.925.494.346,79	107,5%
					Belanja Pegawai BLUD rumah Sakit	7.307.747.647,00	6.830.345.516,00	93.47%
					Belanja Barang dan Jasa Rumah Sakit	77.765.728.408,76	85.760.321.889,79	110.28%
					Belanja Modal BLUD Rumah Sakit	7.875.173.400,00	7.300.395.638,00	92.70%
						Rata-rata capaian kinerja		90,61%

3. Efisiensi Pembangunan Sumber Daya

Efisiensi penggunaan anggaran atas kinerja ditunjukkan dalam tabel berikut :

Tabel 3.15 Penggunaan Sumber Daya

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Capaian Kinerja	% Penyerapan Anggaran	Tingkat Efisiensi
1	2	3	4	5	6
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1. Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target 2. Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS > 95 AA = 80 < TS ≤ 95 A = 65 < TS ≤ 80	90,61	107,5	0,84

Analisis Efisiensi Penggunaan Sumber Daya :

- Dari tabel diatas menunjukkan bahwa untuk sasaran “**Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat**”, tingkat efisiensi penggunaan sumber daya sebesar 0,84% dapat dikatakan efisiensi karena untuk mencapai kinerja sebesar 90,61% membutuhkan anggaran sebesar 107,5%.

C. PRESTASI / PENGHARGAAN

RSUD Mardi Waluyo merupakan salah satu unsur pendukung tugas Walikota dibidang pelayanan kesehatan. Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi masyarakat, RSUD Mardi Waluyo secara terus menerus melakukan pembenahan baik dari segi sarana prasarana maupun kualitas sumber daya manusianya. Prestasi yang telah dicapai RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar, setelah Lulus Akreditasi pada Tahun 2017 dengan predikat kelulusan **PARIPURNA**, tahun 2018 dan 2019 RSUD Mardi Waluyo kembali melaksanakan review akreditasi dan berkat dukungan dari seluruh elemen rumah sakit review akreditasi berjalan dengan lancar. Selain review

akreditasi, tahun 2018 juga RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar melaksanakan Visitasi Rumah Sakit Pendidikan dan juga berkat dukungan seluruh elemen rumah sakit kegiatan visitasi berjalan dengan lancar sehingga dari RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar berubah status dari Rumah Sakit Tipe B Non Pendidikan menjadi Rumah Sakit Tipe B Pendidikan, dan pada tahun 2020 bulan Februari 2020 dilaksanakan survey simulasi akreditasi untuk persiapan pelaksanaan Survey Akreditasi yang direncanakan dilaksanakan pada bulan Mei 2020, karena akhir Februari 2020 terjadi pandemi covid-19 pelaksanaan akreditasi ditunda sampai batas waktu yang tidak ditentukan. Selanjutnya untuk Sertifikat Akreditasi RSUD Mardi Waluyo dengan Predikat **PARIPURNA** diperpanjang sampai dengan tanggal **3 November 2021**.

BAB IV PENUTUP

A. KESIMPULAN

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun 2020 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar berkaitan dengan penyelenggaraan Pemerintah Tahun 2020. Laporan LKjIP juga sebagai alat kendali, penilai kinerja dan sebagai pendorong perwujudan Good Governance serta merupakan bentuk pertanggungjawaban kepada publik yang meliputi perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, evaluasi kinerja dan pencapaian sasaran organisasi.

Dari analisis dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan keterkaitan dalam pencapaian kinerja kegiatan dengan program dan kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi dan misi yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja RSUD Mardi Waluyo Tahun 2020 dapat dikatakan tinggi, walaupun masih banyak kendala / hambatan dalam pelaksanaannya. Untuk pelaksanaannya dimasa mendatang perlu ditingkatkan sehingga dapat diperoleh hasil yang lebih baik.

Nilai tersebut berasal dari capaian indikator sasaran strategis yaitu :

- Presentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target : capaian kinerja SPM sebesar **101,05%** (seratus satu koma nol lima persen) dengan nilai sebesar **79,63%** (delapan puluh koma lima puluh lima persen), SPM merupakan indikator pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit.
- Capaian evaluasi kinerja BLUD : Capaian kinerja BLUD RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar sebesar **66,4** masuk dalam kategori SEDANG dengan **Predikat A**

PERMASALAHAN CAPAIAN INDIKATOR SASARAN STRATEGIS :

a. Capaian Kinerja SPM :

1. Pelayanan Gawat Darurat
 - Kematian pasien \leq 24 jam lebih banyak dipengaruhi oleh faktor kegawatan kondisi pasien saat diterima di IGD.
 - Banyaknya pasien komorbid yang terpapar covid-19 menambah jumlah kematian pasien di IGD.
2. Pelayanan Rawat Jalan
 - Waktu tunggu rawat jalan lebih lama dari 60 menit penyebab :

- a) Jumlah kunjungan pasien tidak sebanding dengan jumlah dokter spesialis
- b) Selain melaksanakan tugas di poli juga melaksanakan tugas di ruang inap
- Kepuasan pelanggan
 - a) Jumlah dokter spesialis terbatas
 - b) Jam pelayanan tidak tepat waktu
 - c) Lamanya waktu tunggu hasil pemeriksaan penunjang
- 3. Pelayanan Rawat Inap
 - Kematian pasien lebih dari 48 jam :
 - a) Kondisi pasien sudah kritis
 - b) Pasien menolak untuk dirujuk
 - Banyaknya pasien komorbid yang terinfeksi covid-19
 - Kepuasan pelanggan :
 - a) Jumlah dokter spesialis terbatas
 - b) Ketepatan waktu pelayanan
- 4. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
 - Kemampuan menangani BBLR 1.500-2.500gr :
 - Pertolongan persalinan melalui seksio caesario :
 - a) Berdasarkan indikasi medis
- 5. Pelayanan Perawatan intensif
 - Jumlah tenaga perawat D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU :
 - a. Pelatihan yang membutuhkan waktu kurang lebih 3 bulan
 - b. Pelatihan tergantung dari persyaratan pihak penyelenggara
 - c. Pelatihan dilaksanakan secara bergilir untuk kelangsungan pelayanan.
- 6. Pelayanan Radiologi
 - Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen :
 - a. Pelayanan pembacaan hasil rontgen bersamaan dengan pelayanan tindakan lain
 - b. Hasil rontgen dipinjam dokter lain dan tidak langsung dikembalikan
 - Kepuasan pelanggan
- 7. Pelayanan Patologi Klinik
 - Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium :
 - a. Keterbatasan dokter spesialis patologi klinik
 - Kepuasan pelanggan
- 8. Pelayanan Instalasi farmasi :
 - Penulisan resep sesuai formularium :
 - a. Kurangnya kepatuhan dokter terhadap penggunaan formularium rumah sakit

- Kepuasan pelanggan
- 9. Pelayanan Rekam Medik
 - Kelengkapan pengisian rekam medik : kurangnya kepatuhan dokter maupun pihak berwenang terkait pengisian berkas rekam medis.
- 10. Pelayanan Administrasi dan Manajemen
 - Ketepatan pengusulan kenaikan pangkat : pengajuan kenaikan pangkat sudah sesuai dengan yang diajukan akan tetapi SK yang keluar dari pusat terkadang tidak sesuai dengan jumlah yang diajukan
- 11. Pelayanan Linen / Laundry
 - Adanya kejadian linen yang hilang dan ketepatan waktu penyediaan linen rumah sakit :
 - a. Kurangnya ketelitian dari tenaga laundry
 - b. Keterbatasan tenaga laundry
- 12. Pelayanan Pemeliharaan Sarana
 - Ketepatan waktu pemeliharaan alat
 - a. Penjadwalan untuk pemeliharaan alat tidak rutin
 - Peralatan yang terkalibrasi tepat waktu :
 - a. Jadwal kalibrasi belum tertib
 - b. Tergantung pihak ketiga

b. Capaian Kinerja BLUD :

- 1) Aspek Keuangan

Indikator yang belum terpenuhi yaitu :

 - Rasio subsidi biaya pasien
 - SOP Pengadaan Barang dan Jasa
- 2) Aspek Pelayanan.

Indikator yang belum mencapai nilai maksimal yaitu :

 - Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan
 - Waktu tunggu rawat jalan

B. LANGKAH PERBAIKAN

Strategi yang harus dijalankan untuk menghadapi permasalahan adalah :

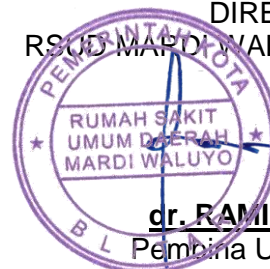
- Peningkatan kualitas manajemen rumah sakit
- Meningkatkan salam rujuk dengan rumah sakit lain sekitar.
- Melengkapi sarana dan prasarana sesuai standart klas B pendidikan
- Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM

- Mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan
- Menyempurnakan dan mengoptimalkan SIM-RS

Demikian beberapa hal yang dapat disampaikan dalam Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar tahun 2020, semoga dapat memberikan kejelasan terhadap gambaran atas pelaksanaan program dan kegiatan pada RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi dan memberikan petunjuk kepada kita sehingga memiliki kekuatan dan kemampuan untuk bersama-sama meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan visi dan misi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar menuju kesejahteraan masyarakat Kota Blitar.

Blitar, 15 Januari 2021

DIREKTUR
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR



dr. RAMIADJI, Sp.B

Pembina Utama Madya

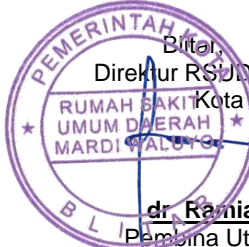
NIP. 19620530 198802 1 001

LAMPIRAN

Matriks Renstra RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2016-2021

TUJUAN	INDIKATOR TUJUAN	ORMULASI PERHITUNGAN	KONDISI AWAL		TARGET KINERJA TUJUAN					SASARAN	INDIKATOR SASARAN	FORMULASI PERHITUNGAN	KONDISI AWAL	TARGET INDIKATOR KINERJA					KONDISI AKHIR 2021	BIDANG URUSAN	SKPD PENANGGUNG JAWAB PROGRAM	CARA MENCAPAI TUJUAN dan SASARAN		
			2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021					2015	2016	2017	2018	2019				2020	2021	KEBIJAKAN
Meningkatnya kualitas kesehatan masyarakat	Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM)	Nilai Rata-rata IKM	75,70	77,14	77,14	77,14	77,50	77,50	78,5	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	Capaian evaluasi kinerja BLUD Nilai Capaian : AAA = total skor (TS) >95 AA = 80 < TS ≤ 95 A = 65 < TS ≤ 80	Hasil skor : Standar skor pada setiap aspek	-	-	-	-	A	A	AA	AA	Kesehatan	RSUD Mardi Waluyo	Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan	Program Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan
											Persentase indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target	Jumlah Indikator SPM yang mencapai target : Jumlah seluruh Indikator SPM RS x 100%	77,67 %	78%	78%	78,5%	78,6%	78,7%	78,8%	78,8%	Kesehatan	RSUD Mardi Waluyo		
											Bed Occupancy Rate (BOR) Standar Nasional 60-85%	Jumlah hari perawatan RS dalam waktu tertentu : Jumlah tempat tidur x Jumlah hari dalam satu satuan waktu x 100% Nilai BOR <60% = 75% 60%-85% = 100 % >85% = 75 %	100%	100%	100%	100%	Revisi	Revisi	Revisi	Revisi	Kesehatan	RSUD Mardi Waluyo		

									Average Length of Stay (ALOS) Standar Nasional 6-9 hari	Jumlah hari perawatan pasien keluar RS : Jumlah pasien keluar RS (hidup + mati) Nilai ALOS <6 hari = 75% 6-9 hari = 100% >9 hari = 75%	75%	75%	100%	100%	Revisi	Revisi	Revisi	Revisi	Kesehatan	RSUD Mardi Waluyo
									Turn Over Interval (TOI) Standar Nasional 1-3 hari	(Jumlah tempat tidur x hari) - hari perawatan RS : Jumlah pasien keluar RS (hidup + mati) Nilai TOI <1 hari = 75% 1-3 hari = 100% >3 hari = 75%	100%	100%	100%	100%	Revisi	Revisi	Revisi	Revisi	Kesehatan	RSUD Mardi Waluyo
									Bed Turn Over (BTO) Standar Nasional 40-50 kali	Jumlah pasien keluar RS (hidup + mati) : Jumlah tempat tidur Nilai BTO <40 kali = 75% 40-50 kali = 75% >50 kali = 75%	75%	75%	100%	100%	Revisi	Revisi	Revisi	Revisi	Kesehatan	RSUD Mardi Waluyo
									Net Death Rate (NDR) Standar Nasional <25%	Jumlah pasien keluar mati ≥ 48 jam : Jumlah pasien keluar RS (hidup + mati) x 1000%	42,28%	42%	<25%	<25%	Revisi	Revisi	Revisi	Revisi	Kesehatan	RSUD Mardi Waluyo
									Gross Death Rate (GDR) Standar Nasional <45%	Jumlah pasien keluar mati : Jumlah pasien keluar RS (hidup + mati) x 1000%	83,24%	81,75%	<45%	<45%	Revisi	Revisi	Revisi	Revisi	Kesehatan	RSUD Mardi Waluyo

Blitar, 2021
Direktur RSUD Mardi Waluyo
Kota Blitar

dr. Ramiadji, Sp.B
Pemula Utama Madya
NIP. 19620530 198802 1 001

**RENCANA KINERJA TAHUNAN
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR
TAHUN 2020 DAN PRAKIRAAN TAHUN 2021**

NO	Urusan / Bidang Urusan Pemerintahan daerah dan Program / Kegiatan	Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output)	Lokasi	Rencana Tahun 2020			Prakiraan Rencana Tahun 2021	
				Target Capaian Kinerja	Kebutuhan Dana / Pagu	Sumber Dana	Target Capaian Kinerja	Kebutuhan Dana / Pagu
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	PROGRAM PENGADAAN, PENINGKATAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT/ RUMAH SAKIT JIWA / RUMAH SAKIT PARU-PARU	Prosentase peningkatan Sarana Prasarana Rumah Sakit	Kota Blitar	80%	52.500.000.000,00	DAK	80%	52.187.272.100,00
	Pengadaan alkes RS, peningkatan pelayanan kesehatan RSUD Mardi Waluyo (DAK)	Jumlah alat-alat kesehatan Rumah sakit (DAK)		65 jenis	32.500.000.000,00	DAK	65 Jenis	32.187.272.100,00
		Jumlah gedung rumah sakit yang terbangun		1 unit	20.000.000.000,00	APBD	1 unit	20.000.000.000,00
2	PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN BLUD	Prosentase peningkatan pencapaian SPM	Kota Blitar	100%	106.480.000.000,00	BLUD	100%	125.561.737.000,00
	Pelayanan dan Pendukung Pelayanan Kesehatan RSUD Mardi Waluyo	Jumlah Jenis Pelayanan Administrasi RS		350 jenis	16.283.087.900,00		350 jenis	22.138.571.100,00
		Jumlah Bulan Penerimaan Jasa		12 bulan	48.783.277.000,00		12 bulan	54.628.871.900,00
		Jumlah SDM yang mengikuti Diklat/Seminar/Simpodium		130 orang	1.897.241.900,00		150 orang	2.115.606.100,00

		Jumlah jenis Sarana Prasarana RS		150 jenis	1.139.164.200,00		150 jenis	999.000.000,00
		Jumlah jenis Alat Kesehatan		20 jenis	1.741.327.000,00		20 jenis	1.594.000.000,00
		Jumlah Jenis Obat-obatan, Bahan Kimia RS		1.700 jenis	36.635.902.000,00		700 jenis	44.085.687.900,00
3	PROGRAM PEMBINAAN LINGKUNGAN SOSIAL (DBHCHT BIDANG KESEHATAN)	Prosentase terpenuhinya alat-alat kesehatan jantung dan paru	Kota Blitar	100%	4.734.303.500,00		100%	19.908.858.000,00
	Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan penyediaan fasilitas perawatan kesehatan bagi penderita akibat dampak asap rokok	Jumlah penyediaan alat kesehatan RS (alat kesehatan paru dan jantung)		30 jenis	4.734.303.500,00			19.908.858.000,00

DIREKTUR RSUD MARDI WALUYO
KOTA BLITAR



dr. RAMADJI, Sp.B
Pembina Utama Madya
NIP. 19620530 198802 1 001

PERNYATAAN PERUBAHAN PERJANJIAN KINERJA RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR



PERUBAHAN PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2020

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

Nama : dr. RAMIADJI, Sp.B.
Jabatan : Direktur RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

Selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Drs. SANTOSO, M.Pd
Jabatan : Wakil Walikota Blitar

Selaku atasan langsung 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 pihak pertama.

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.

Blitar, 23 Oktober 2020

Pihak Kedua

Drs. SANTOSO, M.Pd

Pihak Pertama

dr. RAMIADJI, Sp.B
Pembina Utama Muda
NIP. 19620530 198802 1 001

**PERUBAHAN PERJANJIAN KINERJA
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR
TAHUN 2020**

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1. Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target 2. Capaian Evaluasi Kinerja BLUD AAA = $TS > 95$ AA = $80 < TS \leq 95$ A = $65 < TS \leq 80$	78,8% A

NO	PROGRAM	ANGGARAN	KETERANGAN
1	Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/rumah sakit paru	Rp. 8.908.858.000,00	DAK
2	Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD	Rp. 92.948.649.455,76	PAD BLUD
3	Program Pembinaan Lingkungan Sosial (Kesehatan)	Rp. 4.890.229.310,00	DBHCHT

Pihak Kedua



[Signature]
Drs. SANTOSO, M.Pd

Blitar, 23 Oktober 2020
Pihak Pertama



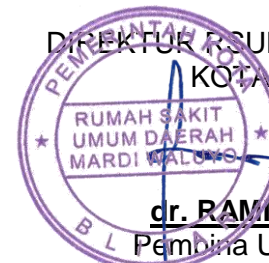
dr. RAMIADJI, Sp.B
Pembina Utama Muda
NIP. 19620530 198802 1 001

PENGUKURAN KINERJA PERANGKAT DAERAH

Perangkat Daerah : RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar
Tahun : 2020

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	FORMULASI PERHITUNGAN	TARGET	REALISASI	%	KET	PROGRAM	PAGU Rp.	REALISASI Rp.	%	KET
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1. Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target 2. Capaian Evaluasi Kinerja BLUD AAA = TS > 95 AA = 80 < TS ≤ 95 A = 65 < TS ≤ 80	Pencapaian dari setiap indikator yg mencapai standart dibagi semua indikator x 100% Pencapaian dari setiap indikator yg mencapai standart dibagi semua indikator x 100%	78,8% AA (81)	79,63% A (66,4)	101,05 81,97	Tercapai	1. Program pengadaan, peningkatan sarana dan prasarana rumah sakit/ rumah sakit jiwa/rumah sakit paru 2. Program peningkatan mutu pelayanan kesehatan BLUD 3. Program Pembinaan Lingkungan Sosial (kesehatan)	8.908.858.000,00 92.948.649.455,76 4.890.229.310,00	8.503.892.164,00 99.925.494.346,79 4.695.501.171,00	95.45% 107.50% 96.01%	

DIREKTUR RSUD MARDI WALUYO
KOTA BLITAR



dr. RAMIADJI, Sp.E

Pembina Utama Madya

NIP. 19620530 198802 1 001