

2022

LAPORAN KINERJA



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



**RSUP DR. JOHANNES LEIMENA
AMBON**

LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI

Laporan Akuntabilitas Kinerja

Instansi Pemerintah (LAKIP)

RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon

Tahun 2022

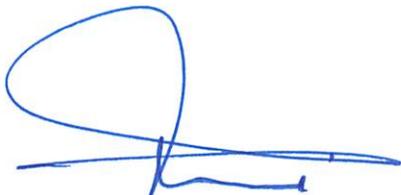
Ambon, Januari 2023

Direktur Utama



drg. Saraswati, MPH
NIP 196709181993022001

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan,
dan Pelayanan Penunjang



dr. Yan Aslian Noor, MPH
NIP 196704252002121001

Direktur Keuangan dan Umum



Ester Manapa Samparaya, SKM., M.Kes
NIP 197110221999032007



KATA PENGANTAR



Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, sehingga Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2022 dapat diselesaikan dengan tepat waktu dan disajikan dengan sebaik-baiknya.

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon dalam pengelolaan sumber daya melalui berbagai program dan kegiatan selama kurun waktu satu tahun. Juga merupakan salah satu cara evaluasi yang obyektif, efisien, dan efektif. Diharapkan

laporan ini dapat menjadi bahan masukan dalam pengambilan kebijakan pimpinan dan perencanaan pada tahun mendatang.

Kami menyadari bahwa laporan ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan *feedback* atas LAKIP kami untuk perbaikan di periode yang akan datang. Semoga laporan ini bermanfaat untuk peningkatan kinerja pada tahun yang akan datang.

Ambon, Januari 2023

Direktur Utama,

drg. Saraswati, MPH
NIP 196709181993022001



EXECUTIVE SUMMARY

Dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggung jawab, maka RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon harus melakukan pengukuran kinerja terhadap pencapaian sasaran melalui indikator dan target yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020-2024 dan Perjanjian Kinerja yang dituangkan dalam sebuah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP). LAKIP menjadi sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan beserta seluruh pemangku kepentingan, serta sebagai sumber informasi untuk perbaikan perencanaan dan peningkatan kinerja di masa mendatang.

LAKIP menggambarkan uraian menyeluruh tentang kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana), hasil kegiatan program, pencapaian kinerja dan masalah, hambatan serta terobosan sebagai upaya pemecahan masalah dalam pelaksanaan kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu 1 (satu) Tahun.

Pencapaian kinerja untuk tahun 2022 diukur dengan beberapa indikator dimana realisasi anggaran belanja sebesar Rp **122.938.141.921,- (85,49%)** dari pagu sebesar Rp **143.795.927,000,-**. Pencapaian IKI Direktur Utama secara total mendapat nilai **95,84%** yang terdiri dari 20 Indikator. Capaian ini mengalami kenaikan yang signifikan dari capaian IKI Direktur Utama tahun 2021 yaitu **66,14%**. Kenaikan capaian yang signifikan dikarenakan semua indikator telah diukur dengan capaian yang positif, juga RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon membuka beberapa layanan baru, serta kegiatan dan program dapat terlaksana dengan baik.

Sangat dibutuhkan komitmen semua pihak untuk dapat meningkatkan kinerja dalam upaya mencapai semua target dan kegiatan yang telah direncanakan. Upaya tindak lanjut dengan mereview beberapa target yang belum tercapai dengan melakukan upaya perbaikan serta optimalisasi koordinasi antar unit dalam peningkatan mutu dan produktivitas layanan RS. Dengan adanya LAKIP ini juga diharapkan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang ada di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.



DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN

KATA PENGANTAR

RINGKASAN EKSEKUTIF

DAFTAR ISI

BAB I	PENDAHULUAN	1
1.1	Latar Belakang.....	1
1.2	Tugas Pokok dan Fungsi.....	2
1.3	Struktur Organisasi.....	3
1.4	Sumber Daya Manusia	6
1.5	Aspek Strategis dan Isu Strategis	7
BAB II	PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	9
2.1	Rencana Strategis Tahun 2020-2024	9
2.2	Perjanjian Kinerja.....	15
BAB III	AKUNTABILITAS KINERJA	17
3.1	Capaian Kinerja Organisasi.....	17
3.2	Realisasi Anggaran.....	54
BAB IV	PENUTUP	56
4.1	Kesimpulan	56
4.2	Saran.....	56

LAMPIRAN I PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022

LAMPIRAN II RINCIAN REALISASI ANGGARAN

LAMPIRAN III CAPAIAN INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) TAHUN 2020-2022



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sesuai dengan ketentuan pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2019 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kelola RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon merupakan salah satu UPT Vertikal milik Kementerian Kesehatan yang baru didirikan dan baru dioperasikan untuk pelayanan darurat penanganan covid-19 pada tanggal 27 Mei 2020. Setelah diresmikan oleh Presiden Republik Indonesia Joko Widodo pada tanggal 25 Maret 2022 hingga saat ini RSUP Dr. Johannes Leimena membuka jenis Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Rawat Jalan (Poliklinik Anak, Poliklinik Obygn & Imunisasi, Poliklinik Penyakit Dalam, Poliklinik Mata, Poliklinik saraf, Poliklinik Gigi dan Mulut, Poliklinik Kulit dan Kelamin, Poliklinik Jantung, Poliklinik Paru, Poliklinik Bedah Umum, Poliklinik Bedah Orthopedi dan Poliklinik Urologi), dan Pelayanan Penunjang (Radiologi, Farmasi, Laboratorium, Rehabilitasi Medik, dan Hiperbarik).

Setiap tahun RSUP Dr. Johannes Leimena sebagai UPT Kementerian Kesehatan harus melakukan pengukuran kinerja terhadap pencapaian sasaran melalui indikator dan targetnya yang dituangkan dalam sebuah Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai wujud pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi dan serta pengelolaan sumberdaya serta pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan berdasarkan suatu sistem akuntabilitas yang memadai. Dalam perspektif yang lebih luas, maka LAKIP berfungsi sebagai media pertanggungjawaban kepada publik. Semua itu merupakan dukungan, peran aktif dan upaya sinergisitas seluruh elemen dan civitas RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

Adapun dasar pelaksanaan penyusunan LAKIP RSUP Dr. Johannes Leimena Am1bon tahun 2022 dengan memperhatikan kepada peraturan perundang-undangan yang melandasi pelaksanaan LAKIP yaitu :

1. Undang-undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggara Negara yang Bersih dan Bebas Dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme.
2. Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah



3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Pemerintah;
4. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon;
7. Kepmenkes No. 169 Tahun 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging tertentu;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024;

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) ini disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan kegiatan RSUP Dr. Johannes Leimena atas pencapaian indikator-indikator kinerja yang ditetapkan di dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2020-2024 yang dilaksanakan selama tahun 2022. LAKIP juga bertujuan memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat (Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan) atas kinerja yang telah dan seharusnya tercapai selama tahun 2022.

Dengan adanya laporan ini diharapkan dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan yang ada di RSUP Dr. Johannes Leimena dan laporan ini juga dapat dijadikan sebagai pedoman untuk perbaikan yang berkesinambungan bagi RSUP Dr. Johannes Leimena untuk meningkatkan kinerja di tahun yang akan datang.

1.2 Tugas Pokok dan Fungsi

1. Tugas Pokok

RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.



2. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas pokok di atas, RSUP Dr. Johannes Leimena melaksanakan fungsi :

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. Pelaksanaan pelayanan medis;
- c. Pelaksanaan pelayanan penunjang medis;
- d. Pelaksanaan pelayanan penunjang non medis;
- e. Pelaksanaan pelayanan keperawatan;
- f. Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- g. Pelaksanaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- h. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- i. Pengelolaan sumber daya manusia;
- j. Pelaksanaan kerjasama;
- k. Pengelolaan sistem informasi;
- l. Pelaksanaan urusan hukum, organisasi, dan hubungan masyarakat;
- m. Pelaksanaan urusan umum;
- n. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan.

1.3 Struktur Organisasi

Struktur organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2022 masih mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon, RSUP Dr. Johannes Leimena dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama dengan membawahi :

- a. Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang, yang terdiri atas :
 - 1) Bidang Pelayanan Medik
 - 2) Bidang Pelayanan Keperawatan
 - 3) Bidang Pelayanan Penunjang

Selain bidang sebagaimana dimaksud di atas, dibentuk unit non struktural meliputi kelompok staf medis, instalasi, dan kelompok jabatan fungsional.



Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang menyelenggarakan fungsi :

- ❖ Pengelolaan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan penunjang non medis
- ❖ Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, dan penunjang non medis

b. Direktorat Keuangan dan Umum, yang terdiri atas :

- 1) Bagian Keuangan dan Barang Milik Negara
- 2) Bagian Perencanaan, Sumber Daya Manusia, dan Umum

Selain bagian sebagaimana dimaksud di atas, dibentuk unit non struktural meliputi kelompok instalasi dan kelompok jabatan fungsional.

Selain dua direktorat di atas, terdapat pula Komite yang berfungsi memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yang terdiri dari Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite PPI serta Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

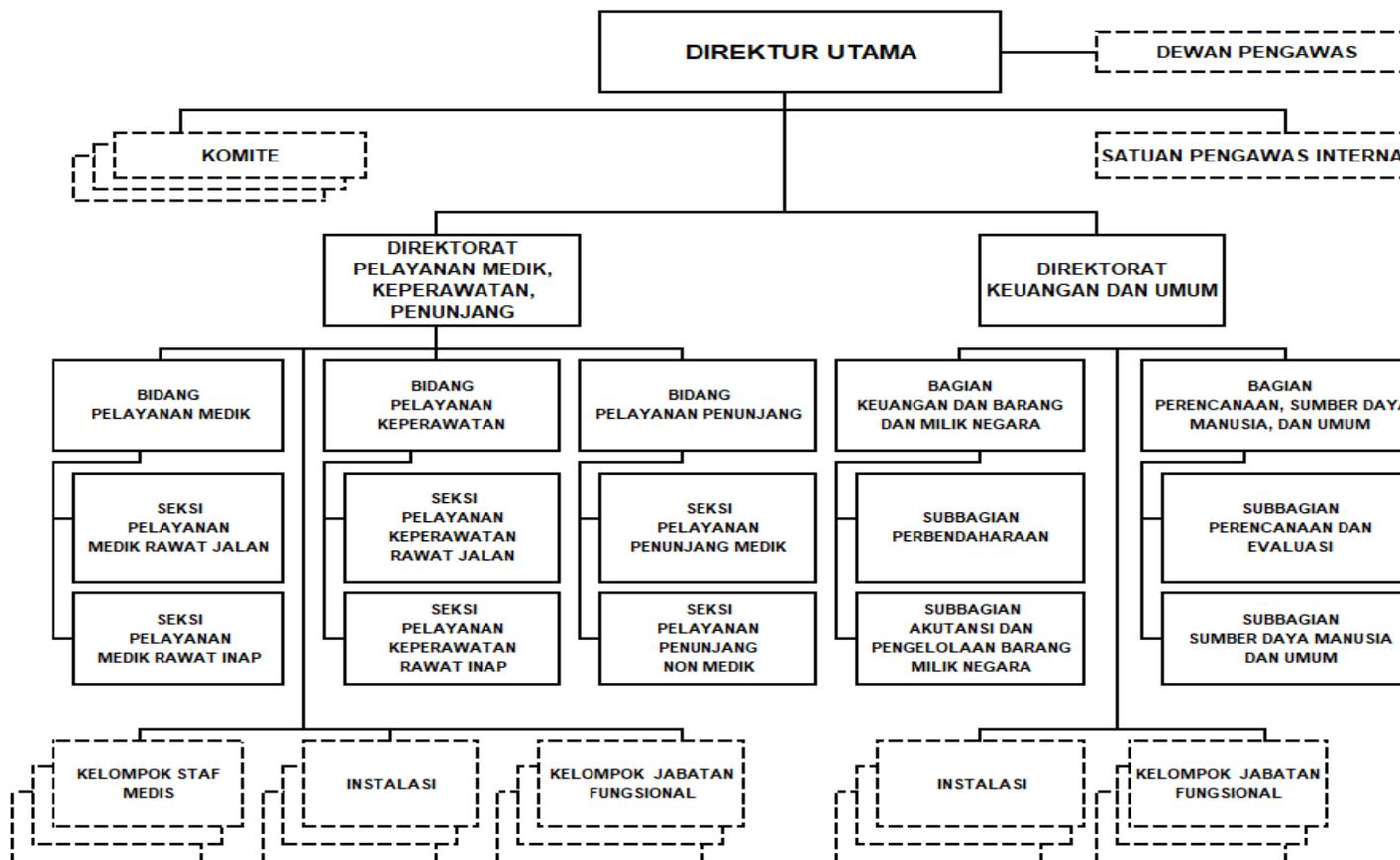
Dalam melaksanakan tugasnya terutama yang berkaitan dengan pengawasan pelaksanaan tugas-tugas rumah sakit, Direktur Utama dibantu oleh Satuan Pemeriksa Intern (SPI).

Direktorat Keuangan dan Umum menyelenggarakan fungsi :

- ❖ Penyusunan rencana, program dan anggaran;
- ❖ Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- ❖ Pelaksanaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- ❖ Pengelolaan sumber daya manusia;
- ❖ Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- ❖ Pelaksanaan kerjasama;
- ❖ Pengelolaan sistem informasi;
- ❖ Pelaksanaan urusan hukum, organisasi dan hubungan masyarakat;
- ❖ Pelaksanaan urusan umum; dan
- ❖ Pemantauan, evaluasi dan pelaporan.



Gambar 1.1
Struktur Organisasi RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon





1.4 Sumber Daya Manusia

Pencapaian kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2022 tidak terlepas dari tersedianya sumber daya manusia yang ada. Berikut rincian data ketenagaan di RSUP Dr. Johannes Leimena per 31 Desember 2022 :

Tabel 1.1
Rincian Data Jumlah SDM
RSUP Dr. Johannes Leimena Desember Tahun 2022

Nama Jabatan	Jenis Ketenagaan					Jumlah
	PNS	PPNPN	CPNS	VISITING	OUTSOURCHING/ PERBANTUAN	
Direksi	3					3
Dokter Spesialis	9	7	5	21	2	44
Dokter Umum	11	8	8			27
Dokter Gigi	2					2
Perawat	68	38	108			214
Perawat Gigi	2		1			3
Perawat PPI		3				3
Bidan	3	8	11			22
Apoteker	2	2	3			7
Asisten Apoteker	4	5	8			17
Rehab Medik	4		5			9
Rekam Medis	4	3	4			11
Analisis Kesehatan	4	7	8			19
Radiologi	3	5	15			23
Sanitasi	1	1	3			5
Gizi	2	5	5			12
Administrasi	23	25	22			70
SIRS	6	5	2			13
IPSRS	1	15	5			21
PPK	2	6				8
Humas/Marketing	1	4				6
Forensik		6				6



CSSD	13					13
Pramumasak	14					14
Office Boy	3					3
Binatu	17					17
Driver	14					14
CS	6				62	68
Security	4				56	60
Pramusaji					15	15
Jumlah	155	224	213	21	135	748

Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah sumber daya manusia di RSUP Dr. Johannes Leimena bulan Desember Tahun 2022 adalah sebanyak 748 orang yang terdiri dari 155 orang PNS, 224 orang PPNPN, 213 orang CPNS, 21 orang Visiting dan 135 orang Outsourcing/Perbantuan.

1.5 Aspek Strategis dan Isu Strategis

Sebagai sebuah organisasi yang bergerak di bidang kesehatan, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon berupaya menyediakan jasa layanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dengan orientasi kerja yang tidak hanya mencari keuntungan, namun memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat sebagai pengguna layanan, serta memperhatikan efisiensi proses bisnis dan kepuasan pegawai.

Sesuai dengan program strategis Kementerian Kesehatan yaitu transformasi sistem kesehatan, salah satunya transformasi layanan rujukan dengan meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder dan tersier maka Rumah Sakit khususnya UPT Vertikal Kementerian Kesehatan berupaya melakukan transformasi tersebut dengan peningkatan layanan unggulan seperti layanan jantung, kanker, dan stroke yang menjadi penyebab kematian nomor satu di Indonesia.

Dalam transformasi layanan rujukan tersebut, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon juga berupaya bertransformasi menjadi satker layanan rujukan yang memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. Adapun upaya yang akan dilakukan untuk mewujudkan transformasi tersebut adalah sebagai berikut:



1. Peningkatan kualitas layanan kesehatan sebagaimana amanat yang diberikan Kementerian Kesehatan demi terwujudnya RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai Rumah sakit rujukan pertama dan utama di Kawasan Indonesia Timur
2. Optimalisasi pemberdayaan SDM kesehatan yang telah dimiliki dengan upaya peningkatan kompetensi dan kualitas pelayanan, serta meningkatkan motivasi dan kinerja personalia RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon
3. Pembenahan dan pemanfaatan sarana dan prasarana secara optimal sebagai investasi dalam efektivitas dan produktivitas layanan
4. Menciptakan peluang kerjasama dengan dunia industri dan dunia usaha yang belum dapat dimanfaatkan secara maksimal
5. Menjadikan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon memiliki manajemen yang professional dengan kreatifitas dan inovasi



BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

2.1 Rencana Strategis Tahun 2020-2024

RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sebagai UPT Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, dalam rangka melaksanakan tugas pokok dan fungsinya telah menyusun Rencana Strategis (Renstra) yang berisi tujuan, sasaran strategis dan target yang akan dicapai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun. Adapun gambaran umum dari Renstra RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2020-2024 adalah sebagai berikut :

1. Tujuan Strategis

“Menjadi Rumah Sakit Kemaritiman Berbasis Teknologi Informasi yang Terintegrasi, Bermutu, dan Terjangkau di Indonesia Bagian Timur”

2. Misi

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan yang lengkap dengan unggulan pelayanan kesehatan kemaritiman terpadu, pelayanan penyakit kanker terpadu dan penyakit jantung terpadu di Indonesia bagian timur.
- b. Menjadi wahana pendidikan dan pelatihan yang berkualitas bagi peserta didik dan peserta latihan.
- c. Mengembangkan SDM bidang kesehatan yang berkompetensi dan berkinerja.
- d. Menjadi pusat riset dan pengembangan teknologi kesehatan kemaritiman.
- e. Menumbuhkembangkan sistem informasi rumah sakit yang handal.
- f. Membangun jejaring dan stakeholders kesehatan lainnya di dalam dan luar negeri.

3. Tata Nilai

- a. Profesional
- b. Integritas
- c. Responsif
- d. Komitmen

4. Motto

“ Rumah Santun Untuk Pelayanan” (RSUP)



5. Sasaran Strategis dan IKU

Dalam Rencana Strategis RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2020-2024, sasaran strategis dibagi dalam 4 (empat) perspektif, yaitu perspektif *Stakeholder*, perspektif Proses Bisnis Internal, Perspektif *Learning and Growth*, dan perspektif Finansial. Indikator Kinerja Utama (IKU) merupakan salah satu tolak ukur dalam menghitung tingkat keberhasilan atas tercapainya sasaran strategis yang dibuat.

Sasaran strategis dikelompokkan dalam 4 (empat) perspektif :

1. Perspektif *Stakeholder*
 - a. Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan
 - Indeks kepuasan pasien
 - Indeks kepuasan staf
 - b. Terwujudnya pelayanan unggulan paripurna
 - % unit layanan dengan kinerja excellent
2. Perspektif Proses Bisnis Internal
 - a. Terwujudnya focus pelayanan unggulan yang prospektif
 - Jumlah unit unggulan yang berkinerja baik
 - b. Terwujudnya perbaikan kualitas pelayanan
 - % kepatuhan penggunaan fornas
 - Pengembalian rekam medik lengkap 1 x 24 jam
 - Waktu tunggu operasi elektif
 - c. Terwujudnya paket layanan variatif
 - Pertumbuhan MCU
 - d. Terwujudnya perbaikan proses bisnis
 - % ketepatan waktu layanan
 - e. Terwujudnya penyempurnaan sistem manajemen
 - Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan
 - f. Terwujudnya budaya kerja dan kinerja
 - % staf dengan kinerja excellent
 - g. Terimplementasinya clinical pathway
 - % unit yang melaksanakan clinical pathway



- h. Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi
 - Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal
- 3. Perspektif *Learning and Growth*
 - a. Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM
 - % staf di area kritis yang tersertifikasi
 - b. Terwujudnya peningkatan keandalan sarana dan prasarana
 - OEE alat medik utama
 - OEE prasarana utama
 - c. Terwujudnya pengembangan SIMRS
 - Modul SIMRS yang terintegrasi
- 4. Perspektif Finansial
 - a. Terwujudnya peningkatan pendapatan
 - Tingkat pertumbuhan pendapatan
 - b. Terlaksananya efisiensi anggaran
 - % cost reduction (bahan habis pakai dan obat)
 - c. Terlaksananya anggaran berbasis kinerja
 - Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan



Adapun gambaran singkat Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama (IKU) yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1.
Matriks Indikator Kinerja Utama (IKU)
RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2020-2024

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	Target IKU				
			2020	2022	2022	2023	2024
1.	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	Indeks kepuasan pasien	3,51	3,60	3,70	3,80	4,0
		Indeks kepuasan staf	3,51	3,60	3,70	3,80	4,0
2.	Terwujudnya pelayanan unggulan paripurna	% unit layanan dengan kinerja excellent	50%	60%	70%	80%	90%
3.	Terwujudnya focus pelayanan unggulan yang prospektif	Jumlah unit unggulan yang berkinerja baik	1	1	2	3	4
4.	Terwujudnya perbaikan kualitas layanan	% kepatuhan penggunaan fornas	80%	85%	90%	95%	100%
		Pengembalian rekam medik lengkap 1 x 24 jam	80%	85%	90%	95%	100%
		Waktu tunggu operasi elektif	48 jam	48 jam	24 jam	24 jam	24 jam
5.	Terwujudnya paket layanan variative	Pertumbuhan MCU	1%	1%	1%	2%	2%



NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	Target IKU				
			2020	2022	2022	2023	2024
6.	Terwujudnya perbaikan proses bisnis	% ketepatan waktu layanan	55%	66%	78%	89%	100%
7.	Terwujudnya penyempurnaan sistem manajemen	Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan	3	3	3	3	3
8.	Terwujudnya budaya kerja dan kinerja	% staf dengan kinerja excellent	2%	3%	4%	5%	6%
9.	Terimplementasinya clinical pathway	% unit yang melaksanakan clinical pathway	50%	65%	80%	100%	100%
10.	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	% staf di area kritis yang tersertifikasi	40%	50%	55%	60%	70%
11.	Terwujudnya peningkatan keandalan sarana dan prasarana	OEE alat medik utama	50%	55%	60%	65%	70%
		OEE prasarana utama	70%	75%	80%	85%	90%
12.	Terwujudnya peningkatan layanan SIM-RS	% modul SIMRS yang terintegrasi	75%	80%	85%	90%	100%
13.	Terwujudnya peningkatan pendapatan	Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%	3%	3%	3%	3%



NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	Target IKU				
			2020	2022	2022	2023	2024
14.	Terwujudnya efisiensi anggaran	% cost reduction (bahan habis pakai dan obat)	2%	5%	5%	5%	5%
15.	Terlaksananya anggaran berbasis kinerja	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	50%	60%	70%	80%	90%
16.	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	-	-	70%	85%	100%



2.2 Perjanjian Kinerja

Perjanjian Kinerja merupakan suatu dokumen pernyataan kinerja/kesepakatan kinerja antara atasan dan bawahan dalam hal ini Direktur Utama RSUP Dr. Johannes Leimena dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai atasan untuk mewujudkan target kinerja tertentu berdasarkan sumber daya yang dimiliki oleh RSUP Dr. Johannes Leimena. Untuk melaksanakan sasaran yang telah ditetapkan Perjanjian Kinerja yang tertuang dalam beberapa indikator sebagai berikut :

Tabel 2.2.
Matriks Kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2022

No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indicator (KPI)	Target 2022
1.	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	1.	Indeks kepuasan pasien	3,70
		2.	Indeks kepuasan staf	3,70
2.	Terwujudnya pelayanan unggulan paripurna	3.	% unit dengan kinerja excellent	70%
3.	Terwujudnya focus pelayanan unggulan yang prospektif	4.	Jumlah unit layanan unggulan dengan kinerja baik	2
4.	Terwujudnya perbaikan kualitas layanan	5.	% kepatuhan penggunaan furnas	90%
		6.	Pengembalian rekam medik lengkap 1x 24 jam	90%
		7.	Waktu tunggu operasi elektif	24 jam
5.	Terwujudnya paket layanan variatif	8.	Pertumbuhan MCU	1%
6.	Terwujudnya perbaikan proses bisnis	9.	% ketepatan waktu layanan	78%
7.	Terwujudnya penyempurnaan sistem manajemen	10.	Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan	3
8.	Terwujudnya budaya kerja dan kinerja	11.	% staf dengan kinerja excellent	4%



No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indicator (KPI)	Target 2022
9.	Terimplementasinya clinical pathway	12.	% unit melaksanakan clinical pathway	80%
10.	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	13.	% staf di area kritis yang tersertifikasi	55%
11.	Terwujudnya peningkatan keandalan sarana dan prasarana	14.	OEE alat medik utama	60%
		15.	OEE prasarana utama	80%
12.	Terwujudnya peningkatan layanan SIM-RS	16.	% modul SIM-RS yang terintegrasi	85%
13.	Terwujudnya peningkatan pendapatan	17.	Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%
14.	Terwujudnya efisiensi anggaran	18.	% cost reduction (bahan habis pakai dan obat)	5%
15.	Terlaksananya anggaran berbasis kinerja	19.	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	70%
16.	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	20.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	70%

Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut di atas, jumlah alokasi anggaran pada DIPA sebesar Rp 143.795.927.000, yang terdiri dari Program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar Rp 95.240.890.000 dan Program Dukungan Manajemen sebesar Rp 48.555.037.000, yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar Rp 118,366,719,000,- dan PNBPN sebesar Rp 25,429,208,000,-.



BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

3.1 Capaian Kinerja Organisasi

Tahun 2022 merupakan tahun ke tiga pelaksanaan dari Rencana Strategis RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2020 – 2024. Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah membandingkan tingkat kinerja yang yang dicapai dengan standar, rencana, atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang telah dilakukan oleh satuan kerja sehingga dapat memperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator kinerja. Hasil pengukuran kinerja tersebut selanjutnya dievaluasi dan ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di tahun selanjutnya, agar diperoleh hasil yang lebih baik dibandingkan dengan tahun ini.

Selain untuk memperoleh informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja yang dilakukan adalah bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan program dan kegiatan kepada stakeholder baik internal maupun eksternal dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis tahun 2020 – 2024 dan Penetapan Kinerja tahun berjalan.

Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah mengukur pencapaian Indikator Kinerja Utama (IKU) atau *Key Performance Indicator*. Indikator Kinerja Utama (IKU) yang dimaksud adalah indikator yang terdapat dalam Penetapan Kerja (TAPJA) yang diperjanjikan antara Direktur Utama dan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dalam upaya pencapaian tujuan dan sasaran yang terdapat dalam Rencana Strategis Tahun 2020 – 2024. Capaian IKU juga merupakan indikator *Outcome* untuk mengukur keberhasilan dalam pencapaian tujuan dan sasaran yang dibagi dalam 4 aspek yaitu sebagai berikut:



Tabel 3.1
Aspek Kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2022

No.	Indikator Kinerja	Bobot	Capaian
1.	Aspek Stakeholder	12	11,09
2.	Aspek Internal Business Process	52	48,75
3.	Aspek Learning and Growth	20	20
4.	Aspek Financial	16	16
Total		100	95,84

Pencapaian pada tahun 2022 secara keseluruhan mencapai 95,84% secara signifikan sangat meningkat dari tahun 2021 dengan nilai capaian 66,14%. Tahun 2022 merupakan tahun ke tiga untuk Rencana Strategis Bisnis Periode 2020 – 2024 yang merupakan upaya berkelanjutan dalam mewujudkan kualitas pelayanan yang diterjemahkan dalam sasaran strategis dan *Key Performance Indicator*.

Berikut ini pemaparan capaian Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indicator*) RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2022 :

Tabel 3.2
Matriks Capaian Indikator Kinerja Utama RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon Tahun 2022

No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indikator (KPI)	Target	Capaian
1.	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	1.	Indeks kepuasan pasien	3,70	3,51
		2.	Indeks kepuasan staf	3,70	3,33
2.	Terwujudnya pelayanan unggulan paripurna	3.	% unit dengan kinerja excellent	70%	62,84%
3.	Terwujudnya focus pelayanan unggulan yang prospektif	4.	Jumlah unit layanan unggulan dengan kinerja baik	2	1
4.	Terwujudnya perbaikan kualitas layanan	5.	% kepatuhan penggunaan furnas	90%	86,55%
		6.	Pengembalian rekam medik lengkap 1x 24 jam	90%	75,76%



No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indikator (KPI)	Target	Capaian
		7.	Waktu tunggu operasi elektif	24 jam	19,06 jam
5.	Terwujudnya paket layanan variatif	8.	Pertumbuhan MCU	1%	1534,15%
6.	Terwujudnya perbaikan proses bisnis	9.	% ketepatan waktu layanan	78%	79,17%
7.	Terwujudnya penyempurnaan sistem manajemen	10.	Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan	3	3
8.	Terwujudnya budaya kerja dan kinerja	11.	% staf dengan kinerja excellent	4%	12%
9.	Terimplementasinya clinical pathway	12.	% unit melaksanakan clinical pathway	80%	100%
10.	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	13.	% staf di area kritis yang tersertifikasi	55%	67,17%
11.	Terwujudnya peningkatan keandalan sarana dan prasarana	14.	OEE alat medik utama	60%	106,68%
		15.	OEE prasarana utama	80%	95,82%
12.	Terwujudnya peningkatan layanan SIM-RS	16.	% modul SIM-RS yang terintegrasi	85%	85%
13.	Terwujudnya peningkatan pendapatan	17.	Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%	139,45%
14.	Terwujudnya efisiensi anggaran	18.	% cost reduction (bahan habis pakai dan obat)	5%	53,37 %



No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indikator (KPI)	Target	Capaian
15.	Terlaksananya anggaran berbasis kinerja	19.	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	70%	85,29%
16.	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	20.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	70%	70,23%

Analisa Capaian Kinerja berdasarkan asaran dan capaian indikator RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2022 dijelaskan sebagai berikut :

1. Stakeholder

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indicator*) yang termasuk aspek Stakeholder dibagi dalam 1 sasaran strategis dengan 2 indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

No.	Key Performance Indicator	Target	Capaian	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya Kepuasan Stakeholder						
1.	Indeks Kepuasan Pasien	3,70	3,51	94,86%	6	5,69
2.	Indeks Kepuasan Staf	3,70	3,33	90,00%	6	5,40
Total Skor					12	11,09
% Capaian Perspektif Stakeholder						92,43%

Pada sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder capaian seluruh indikator adalah **92,43%** dari total bobot untuk perspektif stakeholder.

❖ Indikator : Indeks Kepuasan Pasien

- Definisi Operasional :

Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit. Kepuasan pasien dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan.

- Cara Perhitungan :

$((\text{Nilai Rata-rata Unsur 1} \times 0,071) + (\text{Nilai Rata-rata Unsur 2} \times 0,071) + \dots + (\text{Nilai Rata-rata Unsur N} \times 0,071)) \times 25$



- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Petugas memberikan pelayanan yang baik kepada pasien dan keluarga pasien sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku.
 - 2) Petugas melakukan tindakan secara cepat dan tepat.
 - 3) Melengkapi sarana prasarana di rumah sakit yang dapat menunjang pemberian pelayanan kepada pasien secara optimal.
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

Melakukan survey kepuasan pasien dengan menggunakan instrument kuesioner dengan indikator penilaian yang mengacu pada Indeks Kepuasan Masyarakat Unit Layanan Instansi Pemerintah (Permenpan No. 14 Tahun 2017).

- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
3,60	3,51	3,23	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil dari survey tersebut menunjukkan bahwa 87,75% pasien puas terhadap pelayanan yang ada di RSUP Dr. Johannes Leimena. Angka 87,75 % jika dikonversikan dengan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sesuai dengan Permenpan No. 14 Tahun 2017 menunjukkan hasil 3,51 (Mutu Pelayanan B) artinya berdasarkan hasil survey kepuasan pasien, kinerja unit pelayanan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sudah memenuhi kriteria kinerja pelayanan Baik / B.
- Permasalahan :

Pada tahun 2022 telah dilakukan survey kepuasan secara manual dengan menggunakan lembar form survey dan survey mandiri berbasis elektronik (e-survey) menggunakan form survey yang dapat diakses melalui *scan QR Code* dari *handphone* pengunjung/pasien namun masih terkendala dari jumlah responden yang masih sedikit dikarenakan masih banyak pengunjung/pasien yang kurang memahami cara mengakses e-survey dan *handphone* pengunjung/pasien yang tidak memadai untuk melakukan *scan QR Code*. Juga masih kurangnya minat pengunjung/pasien untuk mengisi form survey.



- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Melakukan sosialisasi secara pro aktif agar pengunjung/pasien mau mengisi form survey manual dan e-survey
 - 2) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap hasil survey kepuasan pasien agar dapat terus meningkatkan pelayanan
 - 3) Menambah jumlah SDM sesuai standar yang dibutuhkan dan meningkatkan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal
- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Menambah jumlah SDM sesuai standar dan melakukan peningkatan kompetensi staf agar dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien.
 - 2) Melakukan optimalisasi pemanfaatan aset termasuk pemeliharaan alat medis dan non medis agar dapat digunakan secara maksimal dan dapat meningkatkan mutu layanan rumah sakit.
 - 3) Meningkatkan koordinasi antar unit kerja terkait kepuasan pasien

❖ **Indikator: Indeks Kepuasan Staf**

- Definisi Operasional :

Kepuasan staf adalah keadaan emosi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan atau sikap positif atau negatif yang dimiliki oleh staf terhadap 6 faktor yaitu :

 - 1) Pekerjaan itu sendiri (X_1)
 - 2) Upah / Gaji (X_2)
 - 3) Peluang untuk maju (X_3)
 - 4) Supervisi (X_4)
 - 5) Rekan Kerja (X_5)
 - 6) Keamanan dan Kenyamanan Kerja (X_6)
- Cara Perhitungan :

$\frac{((\text{Rata-rata } (X_1) + (\text{Rata-rata } X_2)+\dots (\text{Rata-rata } X_n))}{\text{Jumlah Unsur yang Disurvey}} \times 25$
--



- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
 - 2) Memenuhi fasilitas sarana dan prasarana bekerja
 - 3) Memberikan reward kepada pegawai yang berkinerja baik
 - 4) Pembayaran hak pegawai tepat waktu
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

Melakukan survey kepuasan staf secara berkala dengan menggunakan instrument kuesioner *e-survey* yang diisi oleh seluruh karyawan RSUP Dr. Johannes Leimena.
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
3,51	3,33	3,04	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil dari survey tersebut menunjukkan bahwa 83,25% staf di RSUP Dr. Johannes Leimena puas sesuai dengan poin-poin penilaian yang ada pada survey kepuasan staf. Angka 83,25% jika dikonversikan dengan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sesuai dengan Permenpan No. 14 Tahun 2017 menunjukkan hasil 3,33 (Mutu Pelayanan B) artinya tingkat kepuasan staf adalah Puas.
- Permasalahan :
 - 1) Penerapan Reward dan konsekuensi yang belum optimal
 - 2) Fasilitas kerja belum memadai
 - 3) Distribusi beban kerja yang belum merata dan optimal
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Menerapkan *reward* dan konsekuensi terhadap kinerja pegawai
 - 2) Memenuhi fasilitas sarana dan prasarana bekerja
 - 3) Melakukan survey kepuasan staf secara berkala
 - 4) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap hasil survey kepuasan staf



- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Memberikan kesempatan kepada pegawai untuk meningkatkan kompetensinya dengan memberikan pelatihan dan pendidikan yang sesuai dengan bidang ilmu masing-masing.
 - 2) Penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi
 - 3) Pemanfaatan sarana dan prasarana yang dapat menunjang pelaksanaan tugas pegawai

2. Internal Bisnis Proses

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indicator*) yang termasuk aspek Internal Bisnis Proses dibagi dalam 8 sasaran strategis dengan 11 indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

No.	Key Performance Indicator	Target	Capaian	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya Pelayanan Unggulan Paripurna						
1.	% Unit dengan kinerja excellent	70%	62,84%	89,77%	6	5,39
Terwujudnya Fokus Pelayanan Unggulan yang Prospektif						
2.	Jumlah unit layanan unggulan yang berkinerja baik	2	1	150,00%	3	1,50
Terwujudnya Perbaikan Kualitas Layanan						
3.	% Kepatuhan penggunaan Fornas	90%	86,55%	96,17%	5	4.81
4.	Pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam	90%	75,76%	84,14%	6	5,05
5.	Waktu tunggu operasi elektif	24 Jam	19,06 Jam	104,9%	5	5
Terwujudnya Paket layanan yang Variatif						
6.	Pertumbuhan MCU	1%	1534,15%	153,415%	3	3
Terwujudnya Perbaikan Proses Bisnis						
7.	% Ketepatan waktu pelayanan	78%	79,17%	101,50%	6	6
Terwujudnya penyempurnaan sistem manajemen						
8.	Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan	3	3	100%	4	4
Terwujudnya Budaya Kerja dan Kinerja						
9.	% Staf dengan kinerja excellent	4%	12%	300%	4	4



No.	Key Performance Indicator	Target	Capaian	%	Bobot (B)	% X B
Terimplementasinya <i>Clinical Pathway</i> dan DPJP						
10	% Unit yang melaksanakan clinical pathway	80%	100%	125,00%	5	5
Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi						
11	Persentase pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute)	70%	70,23%	100,33	5	5
Total Skor					52	50,25
% Capaian Perspektif Internal Business Process					93,73%	

Total capaian untuk 9 sasaran strategis pada perspektif internal bisnis proses adalah **93,73%** dari total bobot perspektif. Berikut diuraikan capaian per masing - masing indikator :

❖ **Indikator : % Unit dengan Kinerja *Excellent***

- Definisi Operasional :

Unit Layanan adalah seluruh Unit/Instalasi di RSUP Dr.Johannes Leimena Ambon yang memberikan pelayanan langsung maupun tidak langsung kepada pasien.

Kinerja Excellent adalah :

- 1) Prosedure seluruh layanan yang diberikan sudah sesuai standar
- 2) Pencapaian target kinerja >95%

- Cara Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah unit dengan kinerja excellent}}{\text{Jumlah seluruh unit}} \times 100\%$$

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :

- 1) Menetapkan sasaran dan indikator kinerja di setiap unit
- 2) Melakukan evaluasi secara berkala terkait hasil kinerja setiap unit
- 3) Melakukan tindak lanjut terhadap hasil evaluasi capaian kinerja setiap unit

- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

Melakukan evaluasi dan peningkatan kinerja unit



- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
70%	62,84%	23,53%	Belum memenuhi target

- Analisa :

Persentase unit dengan kinerja *excellent* tahun 2022 RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 62,84%. Angka ini diperoleh dari jumlah unit dengan kinerja *excellent* dengan pencapaian target kinerja > 95% dibagi dengan jumlah seluruh unit yang diukur capaian kinerjanya unit kemudian dikali 100 %. Pengukuran dilakukan per triwulan sehingga diperoleh hasil rata-rata capaian persentasi unit dengan kinerja *excellent* sebesar 62,84% dari hasil capaian periode triwulan I sebesar 64,71%, triwulan II sebesar 68,42, triwulan III sebesar 57,14% dan triwulan IV sebesar 56.52%.

- Permasalahan

- 1) Masih terdapat beberapa unit yang belum memiliki indikator kinerja sehingga sulit untuk mengukur pencapaian target kinerjanya
- 2) Belum ada metode pengukuran indikator kinerja yang ditetapkan
- 3) Monitoring dan evaluasi kinerja unit belum maksimal

- Usulan Pemecahan Masalah :

- 1) Memaksimalkan peran Komite Mutu untuk memfasilitasi dan mengakomodir pelaksanaan peningkatan mutu melalui pencapaian target kinerja secara maksimal.
- 2) Melengkapi kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan
- 3) Membuat suatu metode pengukuran indikator kinerja yang dapat diterapkan di semua unit
- 4) Melakukan evaluasi secara berkala terkait hasil kinerja semua unit

- Efisiensi Sumber Daya :

- 1) Penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi
- 2) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
- 3) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit.



❖ **Indikator : Jumlah Unit Layanan Unggulan dengan Kinerja Baik**

- Definisi Operasional :

Unit Layanan Unggulan adalah *Center of Excellent* yang terdiri dari :

- 1) Layanan Jantung Terpadu
- 2) Layanan Kanker Terpadu
- 3) Layanan Kesehatan Kemaritiman Terpadu

- Cara Perhitungan :

$\frac{\Sigma \text{Unit layanan unggulan yang berkinerja baik}}{\Sigma \text{Unit layanan unggulan}} \times 100$

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 1. Menyiapkan sumber daya, baik SDM maupun sarana prasarana dan alkes yang dapat menunjang operasional layanan unggulan
 2. Melengkapi kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan unggulan
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

Upaya penguatan layanan unggulan agar dapat beroperasi secara maksimal
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
2	1	Indikator belum dapat diukur	Telah memenuhi target

- Analisa :

Unit layanan unggulan di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon adalah terdiri atas Layanan Jantung terpadu, Layanan Kanker Terpadu, dan Layanan Kesehatan Kemaritiman Terpadu (Hiperbarik Oksigen Terapi). Indikator jumlah unit layanan unggulan dengan kinerja baik adalah 1 layanan unggulan yaitu pelayanan jantung terpadu dengan jumlah kunjungan poli jantung tahun 2022 yaitu 1.926 orang dan telah dimulainya operasional pelayanan perdana kateterisasi jantung non bedah (Cathlab) pada bulan Desember 2022 sebanyak 6 pasien.

Sedangkan untuk 2 pelayanan unggulan belum bisa diukur karena:

- 1) Belum ada dokter bedah tumor dan Konsultan HOM untuk menunjang pelayanan kanker terpadu



2) Hiperbarik Oksigen Terapi baru berjalan setahun pelayanan dan hanya pelayanan Rawat Jalan

- Permasalahan :

- 1) Kompetensi dan keahlian SDM belum memenuhi standar sehingga diperlukan pembekalan pelatihan untuk mempersiapkan operasional layanan unggulan
- 2) Belum ada tenaga dokter menunjang kegiatan layanan unggulan
- 3) Ketersediaan sarana dan prasarana yang belum sesuai standar untuk mengoperasionalkan unit layanan unggulan

- Usulan Pemecahan Masalah :

- 1) Menambah jumlah SDM untuk mencukupi kebutuhan agar layanan unggulan dapat beroperasi secara maksimal dalam pelayanan unggulan
- 2) Melengkapi fasilitas sarana dan prasarana, khususnya alat kesehatan yang diperlukan untuk mengoperasionalkan unit layanan unggulan
- 3) Melengkapi kebijakan, pedoman, panduan dan SOP unit layanan unggulan

- Efisiensi Sumber Daya :

- 1) Menempatkan pegawai yang berkompeten di unit layanan unggulan
- 2) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
- 3) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit.

❖ Indikator : % Kepatuhan Penggunaan Fornas

- Definisi Operasional :

Formularium Nasional (Fornas) adalah daftar obat yang disusun berdasarkan bukti ilmiah mutakhir oleh Komite Nasional Penyusunan Fornas. Obat yang masuk dalam daftar obat Fornas adalah obat yang paling berkhasiat, aman, dan dengan harga terjangkau yang disediakan serta digunakan sebagai acuan untuk penulisan resep dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

- Cara Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah item resep sesuai fornass}}{\text{Jumlah item resep}} \times 100\%$$



- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Memaksimalkan Peran, Fungsi dan Tugas Tim Farmasi dan Terapi (TFT)
 - 2) Monitoring dan evaluasi Formularium rumah sakit tahun 2022
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

Menginformasikan kepada DPJP/dokter konsuler/dokter jaga untuk meresepkan berdasarkan Fornas.
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
90%	86,55%	74,58%	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian indikator persentase kepatuhan penggunaan furnas di RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 86,55%. Angka ini diperoleh dari jumlah item resep sesuai furnas yaitu 124.782 dibagi dengan jumlah seluruh item resep yaitu 144.169 kemudian dikali 100 %, sehingga hasil yang diperoleh yaitu 86,55%. Walaupun belum memenuhi target 90% namun hasil capaian indikator persentase kepatuhan penggunaan furnas di RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2022 naik jika dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu 74,58%.
- Permasalahan :
 - 1) Masih terdapat beberapa obat dengan merk dagang yang tidak termasuk dalam Fornas dikarenakan sulitnya akses obat generik di wilayah Maluku
 - 2) DPJP/ Dokter Konsuler/ dokter jaga masih sering meresepkan diluar Formularium Nasional dan Formularium Rumah Sakit. Beberapa obat yang sering diresepkan yaitu :
 - Arkne untuk Trihexyfenidil
 - Lacons untuk Lactulosa Sirup
 - Nymiko untuk Nystatin Drops
 - Cerini untuk Cetirizin Drops
 - Epexol untuk Ambroxol Drops
 - Terapi mata masih menggunakan merk cendo



- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Beberapa obat seperti acetazolamide, cetirizine drop, ambroxol belum ada jenis generiknya.
 - 2) Koordinasi dengan Tim TFT jika DPJP/ Dokter Konsuler/ Dokter Jaga jika ada peresepan diluar Fornas
 - 3) Mengingatkan Kembali kepada DPJP atau Dokter Jaga untuk meresepkan sesuai Fornas dan Forkit
 - 4) Bersama dengan Tim TFT melakukan pemilihan obat sesuai Fornas dan Forkit
 - 5) Berkoordinasi dengan PPK untuk pengadaan obat hanya merk obat yang masuk Fornas dan Forkit
- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
 - 2) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit
 - 3) Meningkatkan koordinasi antara Instalasi Farmasi dan semua unit yang terkait

❖ **Indikator : Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam**

- Definisi Operasional :

Rekam medik yang lengkap adalah rekam medik yang telah diisi lengkap oleh dokter dalam waktu ≤ 24 jam setelah selesai pelayanan rawat jalan atau setelah pasien rawat inap diputuskan untuk pulang, yang meliputi identitas pasien, anamnesis, rencana asuhan, pelaksanaan asuhan, tindak lanjut dan resume.

- Cara Perhitungan :

Jumlah pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam	x
Jumlah keseluruhan rekam medik	100%

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Mengkonfirmasi dan mengembalikan rekam medis yang belum lengkap
 - 2) Monitoirng dan Evaluasi kelengkapan berkas Rekam medis



- 3) Pembuatan regulasi atau SOP terkait dengan pembuatan resume medis.
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
 - 1) Sosialisasi pengisian kelengkapan pengisian dokumen rekam medis serta mengembalikan dokumen rekam medis yang tidak lengkap ke ruang perawatan, Instalasi Gawat Darurat atau Poliklinik untuk dilengkapi kembali.
 - 2) Merakit berkas rekam medis pasien sesuai dengan kebutuhan pelayanan pasien.
 - 3) Menetapkan formulir utama dan formulir tambahan (formulir yang digunakan sesuai dengan kebutuhan pelayanan pasien).
 - Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
90%	75,76%	66,04%	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian indikator persentase pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam di RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 66,04 %. Angka ini diperoleh dari jumlah pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam dibagi dengan jumlah seluruh rekam medik dikali 100%. Target kelengkapan berkas pada tahun 2022 yaitu 90% sehingga belum mencapai target. Akan tetapi capaian kelengkapan pengisian rekam medis mengalami kenaikan dari capaian tahun 2021 yaitu 66,04%. Masalah ketidaklengkapan pengisian rekam medis disebabkan karena belum maksimalnya asesmen medis, rencana pemulangan pasien, pengisian ringkasan masuk dan keluar belum lengkap, pengisian tanggal dan waktu pendokumentasian rekam medis, apabila isian tersebut dimaksimalkan maka dapat meningkatkan persentase angka kelengkapan pengisian rekam medis.
- Permasalahan :
 - 1) Berkas pasien tidak segera dilengkapi pada saat setelah memberikan pelayanan kepada pasien.



- 2) Berkas rekam medis belum sepenuhnya di kembalikan ke Instalasi Rekam Medis 1 x 24 jam sesuai dengan indikator sebab PPA di ruang perawatan menunggu nakes lainnya untuk melengkapi berkas.
 - 3) Tidak ada *punishment* dan *reward* terkait kelengkapan berkas
- Usulan Pemecahan Masalah :
- 1) Sosialisasi dan evaluasi kembali pengisian rekam medis
 - 2) Pemberian punishment kepada nakes yang tidak melengkapi rekam medis serta pemberian reward kepada nakes atau ruangan yang memiliki angka kelengkapan rekam medis tertinggi.
 - 3) Melaksanakan analisis kelengkapan berkas di ruang perawatan saat pasien masih dirawat.
 - 4) Memberikan warning serta pada SIMRS tidak bisa beralih ke inputan selanjutnya jika isian sebelumnya belum terisi secara lengkap.
 - 5) Penggunaan tanda tangan elektronik pada SIMRS/EMR, diharapkan Ketika login akan muncul autentifikasinya berupa tanda tangan elektronik pada CPPT, resume medis dan bagian formulir lain yang membutuhkan tanda tangan
- Efisiensi Sumber Daya :
- 1) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
 - 2) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit.
 - 3) Meningkatkan koordinasi antara bagian Rekam Medik dengan semua unit yang terkait.

❖ **Indikator : Waktu Tunggu Operasi Elektif**

- Definisi Operasional :
- Waktu tunggu operasi elektif adalah tenggang waktu mulai dokter memutuskan untuk operasi yang terencana sampai dengan operasi mulai dilaksanakan.
- Cara Perhitungan :

$\frac{\text{Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi}}{\text{Jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana}}$



- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Penjadwalan tindakan operasi sesuai urutan daftar tunggu operasi pasien
 - 2) Menyediakan tim operasi yang siap melakukan operasi
 - 3) Menyediakan sarana dan prasarana yang di butuhkan dalam tindakan operasi
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

Evaluasi dan peningkatan penanganan pasien pra operasi
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
24 jam	19,06 jam	23,08 jam	Telah memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian indikator waktu tunggu operasi elektif di RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2022 adalah 19,06 jam. Angka ini diperoleh dari rata-rata tenggat waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi mulai dilaksanakan dari bulan Januari hingga Desember 2022. Dari uraian di atas, maka pencapaian indikator waktu tunggu operasi elektif telah memenuhi target 24 jam.
- Permasalahan :
 - 1) Ketidaksiapan Depo farmasi di ruang OK
 - 2) Tidak adanya pegawai administrasi ruangan
 - 3) Masih kurangnya tenaga dalam 1 Tim Bedah
 - 4) Membutuhkan pelatihan bedah dasar
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Perlu adanya Depo Farmasi di ruang OK
 - 2) Menyusun rencana kebutuhan pelatihan bedah dasar SDM di IBS untuk diajukan
 - 3) Penambahan tenaga penunjang administrasi di ruang OK dan melengkapi kebutuhan komputer diruangan dokter dan perawat
- Efisiensi Sumber Daya :

Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di ruang operasi



❖ **Indikator : Pertumbuhan MCU**

- Definisi Operasional :

Medical Check Up (MCU) adalah pemeriksaan kesehatan secara menyeluruh.

- Cara Perhitungan :

Jumlah pasien yang mendapat layanan MCU pada periode tertentu	x
Jumlah pasien yang mendapat layanan MCU pada periode sebelumnya	100%

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :

- 1) Membuat usulan untuk mendatangkan dokter spesialis tamu atau *visiting* agar dapat membentuk tim Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP) MCU
- 2) Melengkapi sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam rangka mengotimalkan operasional pelayan MCU
- 3) Menyusun kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan MCU

- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

- 1) Menambah SDM dan melengkapi sarana prasarana untuk mengoptimalkan operasional pelayanan MCU.
- 2) Optimalisasi promosi layanan MCU

- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
1 %	1534,15%	Indikator belum dapat diukur	Telah memenuhi target

- Analisa :

Pelayanan MCU RSUP Dr. Johannes Leimena baru mulai beroperasi tahun 2021 dengan jumlah kunjungan sebanyak 41 orang sehingga Indikator pertumbuhan MCU jika dibandingkan dengan kunjungan tahun 2022 sebanyak 629 maka akan menghasilkan angka capaian pertumbuhan yang esktrm sebesar 1534,15%.

- Permasalahan :

- 1) Sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk pelayanan MCU belum lengkap
- 2) Belum ada dokter THT



- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Mendatangkan dokter spesialis *visiting* atau dokter spesialis tamu agar dapat mengoptimalkan pelayanan MCU
 - 2) Melengkapi sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam rangka mengoptimalkan operasional pelayanan MCU
 - 3) Melengkapi kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan MCU
- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan di pelayanan MCU
 - 2) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan, sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal, khususnya pada pelayanan MCU
 - 3) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit untuk menunjang operasional pelayanan MCU

❖ **Indikator : % Ketepatan Waktu Layanan**

- Definisi Operasional :

Ketepatan waktu layanan adalah ketepatan waktu pemberian pelayanan kepada *customer* baik internal maupun eksternal. Ketepatan waktu layanan yang dimaksud adalah :

 - 1) Layanan Rawat Jalan dengan Indikator Waktu Tunggu Rawat Jalan
 - 2) Layanan Gawat Darurat dengan Indikator Emergency Respon Time I
 - 3) Layanan Resep Obat Jadi dengan Indikator Waktu Tunggu Obat Jadi
 - 4) Layanan Radiologi dengan Indikator Waktu Tunggu Radiologi
 - 5) Layanan Laboratorium dengan Indikator Waktu Tunggu Laboratorium
 - 6) Layanan Administrasi Kepegawaian dengan Indikator Ketepatan Waktu Pengurusan Kepegawaian
 - 7) Layanan Pembayaran Jasa/Insentif dengan Indikator Ketepatan Pembayaran Jasa/Insentif
- Cara Perhitungan :

Jumlah Layanan yang Tepat Waktu	x 100%
Jumlah Seluruh Layanan (7 layanan)	



- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Peningkatan kompetensi SDM
 - 2) Melengkapi kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan
 - 3) Monitoring dan evaluasi waktu tunggu pelayanan
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
 - 1) Meningkatkan ketepatan waktu pelayanan
 - 2) Mematuhi SOP yang telah ditetapkan
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
78%	79,17%	67,86	Telah memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian persentase ketepatan waktu layanan di RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2022 telah memenuhi target. Hasil capaian rata-rata setahun sebesar 79,17%. Angka ini diperoleh dari rata-rata capaian presentase ketepatan waktu yang diukur per triwulan selama setahun yaitu capaian persentase ketepatan waktu pada periode triwulan I, II dan III sebesar 83,33% namun triwulan IV mengalami penurunan menjadi 66,67%. Per bulan Desember Tahun 2022 waktu tunggu pelayanan yang telah memenuhi target adalah emergency respon time IGD, waktu tunggu obat jadi, waktu tunggu laboratorium dan ketepatan waktu pengurusan kepegawaian. Yang belum memenuhi target adalah waktu tunggu rawat jalan dan waktu tunggu radiologi. Untuk waktu Pembayaran Jasa/Insentif belum dapat diukur.
- Permasalahan :
 - 1) Ketersediaan SDM yang belum sesuai standar jumlah dan kompetensi
 - 2) Belum adanya metode evaluasi untuk mengukur ketepatan waktu layanan terutama ketepatan waktu kepengurusan kepegawaian dan ketepatan pembayaran Jasa/Insentif
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Menambah jumlah SDM untuk mencukupi kebutuhan agar pemberian pelayanan bisa lebih maksimal
 - 2) Melengkapi kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan



- 3) Menerapkan alur proses pelayanan berbasis digital, agar waktu pemberian layanan bisa menjadi lebih ringkas
 - 4) Melengkapi kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan terkait pembayaran jasa/Insentif
- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan di setiap unit
 - 2) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan, sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih maksimal
 - 3) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit untuk menunjang pemberian pelayanan pada pasien/masyarakat

❖ **Indikator : Jumlah Penyempurnaan Prosedur pada Level Korporat yang Terimplementasikan**

- Definisi Operasional :

Yang dimaksud dengan prosedur pada level korporat adalah tata laksana operasional rumah sakit yang melibatkan berbagai unit dalam hal komunikasi, koordinasi dan pengambilan keputusan.
- Cara Perhitungan :

Jumlah prosedur yang disempurnakan dan terimplementasikan
- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Penyusunan prosedur pada level korporat
 - 2) Implementasi prosedur yang efektif dan efisien
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

Sosialisasi dan implementasi prosedur level korporat
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
3	3	3	Telah memenuhi target

- Analisa :

Indikator jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan pada tahun 2022 telah memenuhi target capaian



sebesar 3 prosedur. Telah disusun dan diimplementasikan secara maksimal yaitu:

- 1) Prosedur pengadaan barang dan jasa
 - 2) Prosedur penyusunan Renstra, Prosedur penyusunan RKT, Prosedur penyusunan laporan Tahunan
- Permasalahan :
 - 1) Prosedur pada level korporat masih perlu ditata dan dimaksimalkan pengimplementasiannya
 - Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Penyusunan prosedur pada level korporat yang efektif dan efisien
 - 2) Sosialisasi dan implementasi prosedur level korporat
 - Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan agar dapat menyusun prosedur level korporat yang tertata dengan baik
 - 2) Implementasi prosedur level korporat yang efektif dan efisien

❖ **Indikator : % Staf dengan Kinerja *Excellent***

- Definisi Operasional :

Kinerja *excellent* adalah tingkat capaian kinerja yang melebihi target kinerja yang sudah ditentukan. Staf yang dimaksud adalah seluruh pegawai, baik Pegawai Negeri Sipil maupun Non PNS yang bekerja di RSUP Dr. Johannes Leimena.

- Cara Perhitungan :

$\frac{\text{Jumlah staf dengan kinerja } \textit{excellent}}{\text{Jumlah seluruh staf}} \times 100\%$

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Penambahan jumlah SDM sesuai dengan kebutuhan rumah sakit
 - 2) Menyusun metode pengukuran indikator kinerja untuk semua pegawai
 - 3) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang dapat mendukung peningkatan kinerja pegawai
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
 - 1) Monitoring kinerja staf



2) Pemberian pelatihan kepada pegawai agar dapat meningkatkan kompetensinya

- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
4%	12%	Indikator belum dapat diukur	Telah memenuhi target

- Analisa :

Untuk indikator persentase staf dengan kinerja *excellent* tahun 2022 telah memenuhi target capaian sebesar 12%. Angka ini diperoleh dari jumlah SDM yang memiliki capaian kinerja excellent atau tingkat capaian kerjanya melebihi target kinerja yang telah ditentukan.

- Permasalahan :

1) Tim Penilai Kinerja Pegawai baru dibentuk di tahun 2023

- Usulan Pemecahan Masalah :

1) Menyempurnakan metode pengukuran indikator kinerja untuk semua pegawai

- Efisiensi Sumber Daya :

1) Penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan di setiap unit

2) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan, sehingga dapat memberikan kinerja yang optimal

3) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada di rumah sakit untuk menunjang peningkatan kinerja pegawai

❖ **Indikator : % Unit yang Melaksanakan *Clinical Pathway***

- Definisi Operasional :

Yang dimaksud dengan *clinical pathway* adalah konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada setiap pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu di rumah sakit.

- Cara Perhitungan :

$\frac{\text{Jumlah unit yang melaksanakan } \textit{clinical pathway}}{\text{Seluruh unit pelayanan}} \times 100\%$
--



- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Optimalisasi implementasi *clinical pathway* oleh DPJP
 - 2) Monitoring kepatuhan implementasi *clinical pathway*
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
 - 1) Pemberian pelatihan terkait tata cara dan standar penyusunan *clinical pathway*
 - 2) Optimalisasi pelayanan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan pasien
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
80%	100%	Indikator belum dapat diukur	Telah memenuhi target

- Analisa :

Indikator terimplementasinya *clinical pathway* tercapai 100%.
- Permasalahan :

Belum semua pemberi layanan mampu menyusun *clinical pathway*
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Pemberian pelatihan terkait tata cara dan standar penyusunan *clinical pathway*
 - 2) Pembuatan sistem *clinical pathway*, kewenangan klinis, dan audit medik
- Efisiensi Sumber Daya :

Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan, sehingga dapat menyusun *clinical pathway* dan dapat memberikan pelayanan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan pasien.

❖ Indikator : Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi

- Definisi Operasional :

Yang dimaksud dengan Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi adalah persentase kasus rujukan melalui SISRUITE yang memiliki respon time kurang dari 1 jam.
- Cara Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki respon kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$$



- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
Monitoring dan evaluasi kepatuhan *clinical pathway* di seluruh unit pelayanan
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
 - 1) Pemberian pelatihan terkait tata cara dan standar penyusunan *clinical pathway*
 - 2) Optimalisasi pelayanan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan pasien
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
70%	70,23%	Indikator belum dapat diukur	Telah memenuhi target

- Analisa :
Hasil pencapaian Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah 70,23%. Angka ini diperoleh dari perbandingan jumlah kasus rujukan melalui SISRUTE yang direspon kurang dari 1 jam yaitu sebanyak 151 dari total rujukan yang ditindaklanjuti sebanyak 215 lalu dikalikan 100%.
- Permasalahan :
Belum semua pemberi layanan mampu menyusun *clinical pathway*
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Pemberian pelatihan terkait tata cara dan standar penyusunan *clinical pathway*
 - 2) Pembuatan sistem *clinical pathway*, kewenangan klinis, dan audit medik
- Efisiensi Sumber Daya :
Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan, sehingga dapat menyusun *clinical pathway* dan dapat memberikan pelayanan sesuai dengan standar mutu dan keselamatan pasien.



3. Learning and Growth

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indicator*) yang termasuk aspek *Learning and Growth* dibagi dalam 3 sasaran strategis dengan 4 indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

No	Key Performance Indicator	Target	Capaian	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM						
1	% Staf di area kritis yang tersertifikasi	55%	67,17%	122,13%	6	6
Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana						
2	OEE alat medik utama	60%	106,68%	177,80%	4	4
3	OEE prasarana utama	80%	95,42%	119,78%	4	4
Terwujudnya Pengembangan SIM RS						
4	% Modul SIM RS	85%	85%	100%	6	6
Total Skor					20	20
% Capaian Perspektif Learning and Growth					100%	

Total capaian untuk 3 sasaran strategis pada perspektif *learning and growth* adalah **100%** dari total bobot perspektif. Berikut diuraikan capaian per masing - masing indikator :

❖ Indikator : % Staf di Area Kritis yang Tersertifikasi

- Definisi Operasional :

Persentase staf di area kritis adalah jumlah staf di area kritis yang telah mendapatkan sertifikasi pelatihan sesuai dengan standar. Area Kritis yang dimaksud adalah Instalasi Gawat Darurat, *Intensive Care Unit*, dan Instalasi Bedah Sentral.

- Cara Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah staf di area kritis yang telah tersertifikasi}}{\text{Jumlah seluruh staf di area kritis}} \times 100\%$$

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :

- 1) Menambah jumlah SDM yang sesuai standar jumlah dan kompetensi di area kritis
- 2) Melakukan pendidikan dan pelatihan dasar dan berkelanjutan untuk staf di area kritis



- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
Pengembangan SDM terfokus yang berkelanjutan
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
50%	67,17%	82,65%	Telah memenuhi target

- Analisa :
Hasil pencapaian indikator persentase staf di area kritis tahun 2022 di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon adalah 67,17% dan telah memenuhi target.. Angka ini diperoleh dari rata-rata capaian staf yang tersertifikasi yang diukur per triwulan selama setahun yaitu pada periode triwulan I dengan capaian sebesar 81,63%, triwulan II sebesar 53,21%, triwulan III sebesar 65,38% dan triwulan IV sebesar 68,46%. Per bulan Desember 2022 staf yang telah tersertifikasi sesuai standar area kritis sebanyak 102 dari total 149 staf yang melakukan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat, *Intensive Care Unit*, dan Instalasi Bedah Sentral.
- Permasalahan :
Seluruh staf di area kritis belum 100% tersertifikasi sesuai standar pelayanan dan standar profesi, mengingat tingginya resiko yang terjadi pada area kritis ini. Terlihat pada capaian triwulan II yang mengalami penurunan dikarenakan penambahan staf (Dokter, perawat dan Bidan) CPNS di area kritis namun belum semuanya tersertifikasi sesuai standar. Sedangkan capaian pada triwulan III dan IV yang mulai naik secara positif mencerminkan bahwa manajemen telah berproses dalam upaya mengoptimalkan pengelolaan SDM yang sesuai standar dan kompetensi.
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Mengoptimalkan jumlah dan jenis SDM yang sesuai standar dan kompetensi di area kritis
 - 2) Melakukan pendidikan dan pelatihan dasar dan lanjutan untuk meningkatkan kompetensi dan keahlian staf di area kritis terutama untuk staf atau SDM CPNS yang baru ditempatkan di Area kritis
- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan di area kritis



- 2) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan sesuai dengan yang dibutuhkan di area kritis

❖ **Indikator : OEE Alat Medik Utama**

- Definisi Operasional :

Alat Medik Utama yang dimaksud adalah alat medik yang nilai investasinya lebih dari 500 juta. *Overall Equipment Effectiveness* adalah tingkat efektifitas pemakaian suatu peralatan atau sistem dengan mempertimbangkan 3 aspek yaitu : *Availability, Performance* dan *Quality*.

- Cara Perhitungan :

$$(Availability \times Performance \times Quality)$$

$$= \frac{b}{a} \times \frac{d}{c} \times \frac{f}{e} \times 100\%$$

Keterangan :

a = Runtime yang direncanakan

b = Runtime actual

c = Produksi seharusnya

d = Produksi yang dihasilkan

e = Kualitas yang diharapkan

f = Kualitas yang dihasilkan

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :

- 1) Menyusun SOP penggunaan dan *maintenance* setiap alat medik utama
- 2) Pemeliharaan sarana dan prasarana berkelanjutan KSO alat medik

- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

- 1) Mengoptimalkan pemanfaatan alat medik utama
- 2) Menyusun perencanaan perawatan dan pemeliharaan (utilitas) alat medik
- 3) Mengevaluasi alat medik berdasarkan kondisi fisik

- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
60%	106,68%	33,98%	Telah memenuhi target



- Analisa :
Indikator penilaian OEE alat medik utama di RSUP Dr. Johannes Leimena pada tahun 2022 adalah 106,68%.
- Permasalahan :
 - 1) Masih kurangnya tenaga teknis
 - 2) Belum adanya SOP penggunaan dan *maintenance* setiap alat medik utama
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Menambah tenaga teknis yang berkompeten
 - 2) Menyusun SOP penggunaan dan *maintenance* setiap alat medik utama
- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Penempatan tenaga teknis sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan
 - 2) Peningkatan kompetensi tenaga teknis melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit
 - 3) Mengoptimalkan pemanfaatan alat medik utama

❖ **Indikator : OEE Prasarana Utama**

- Definisi Operasional :
Prasarana utama yang dimaksud adalah air, listrik dan gas medik. *Overall Equipment Effectiveness* adalah tingkat efektifitas pemakaian suatu peralatan atau sistem dengan mempertimbangkan 3 aspek yaitu : *Availability, Performance* dan *Quality*.
- Cara Perhitungan :

$$(Availability \times Performance \times Quality)$$
$$= \frac{b}{a} \times \frac{D}{C} \times \frac{f}{e} \times 100\%$$

Keterangan :

- a = Runtime yang direncanakan
- b = Runtime actual
- c = Produksi seharusnya
- d = Produksi yang dihasilkan
- e = Kualitas yang diharapkan



f = Kualitas yang dihasilkan

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Menyusun SOP penggunaan dan *maintenance* prasarana utama
 - 2) Pemeliharaan prasarana berkelanjutan
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
 - 1) Mengoptimalkan pemanfaatan prasarana utama
 - 2) Menjamin ketersediaan air, gas medik, dan listrik
 - 3) Menyusun perencanaan perawatan dan pemeliharaan alat
 - 4) Menghitung utilitas alat non medik
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
80%	95,82%	78,41%	Telah memenuhi target

- Analisa :

Dengan menggunakan hasil perhitungan OEE prasarana utama yang ada di atas, maka hasil pencapaian indikator persentase OEE prasarana utama yaitu 95,82%. OEE sarana prasarana utama di RSUP Dr. Johannes Leimena yang dapat diukur hanya listrik dan gas medik. Sedangkan untuk air belum dapat diukur karena penggunaan air di RSUP Dr. Johannes Leimena pada tahun 2022 masih menggunakan bantuan air bor, belum sepenuhnya memakai air PDAM sehingga sulit untuk mengukur dan menghitung OEE utilitas air.

Persentase OEE untuk listrik adalah sebesar 98,72% sedangkan untuk gas medik sebesar 97,65% yang menunjukkan efektifitas dan produktivitas listrik dan gas medik telah maksimal.
- Permasalahan :
 - 1) Masih kurangnya tenaga teknis
 - 2) Belum adanya SOP penggunaan dan *maintenance* prasarana utama
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Menambah tenaga teknis yang berkompeten
 - 2) Menyusun SOP penggunaan dan *maintenance* prasarana utama
- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Penempatan tenaga teknis sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan



- 2) Peningkatan kompetensi tenaga teknis melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit
- 3) Mengoptimalkan pemanfaatan prasarana utama

❖ **Indikator : % Modul SIMRS yang Terintegrasi**

- Definisi Operasional :

Modul SIM RS yang terintegrasi adalah Modul SIM RS yang terintegrasi antara satu modul dengan modul yang lain. Pada awal tahun 2022 terdapat 10 Modul yang direncanakan akan diintegrasikan dan 1 modul tambahan dengan rincian sebagai berikut:

- 1) Modul Front Office
- 2) Modul Back-office
- 3) Modul Inventory
- 4) Modul Billing System
- 5) Modul MSDM
- 6) Modul Perencanaan Persediaan Farmasi
- 7) Integrasi BPJS
- 8) Integrasi Data Kanker
- 9) Integrasi PACS
- 10) Integrasi RS Online & Siranap
- 11) Integrasi Satu Sehat (Modul tambahan pada triwulan II)

- Cara Perhitungan :

Jumlah Modul SIM RS yang terintegrasi	
Jumlah Modul yang direncanakan terintegrasi	x 100%

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :

- 1) Melakukan koordinasi dengan pihak lain terkait akun atau hak akses tertentu dan juknis bridging
- 2) Berkoordinasi dengan TIM IT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar sebagai pengembang SIMGOS
- 3) Mengoptimalkan SDM IT yang ada untuk melakukan pengembangan sistem ataupun membuat sistem yang baru

- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

- 1) Penyempurnaan layanan SIM RS



- 2) Mengoptimalkan SDM IT yang ada untuk melakukan pengembangan sistem ataupun membuat sistem yang baru.

- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
85%	85%	80%	Telah memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian indikator persentase modul SIMRS yang terintegrasi adalah 85% naik 5% dari capaian tahun 2021 yaitu 80%. Terdapat 8 Modul SIMRS yang telah terintegrasi dari tahun sebelumnya dan penambahan 1 modul prioritas pada triwulan II tahun 2022 yaitu modul Satu Sehat. Pada Triwulan I belum ada pengembangan pada modul yang ditetapkan karena ada kebutuhan dari bagian kasir untuk pengembangan aplikasi pembayaran APEL (Ambulance, Penelitian, Pelatihan, dll) serta pengembangan aplikasi kepuasan pelanggan. Pada triwulan II tim IT berhasil melakukan integrasi dengan BPJS (Applicares, V-Claim, Mobile JKN). Trwiulan III terfokus pada pengembangan website rumah sakit dan aplikasi pembagian jasa pelayanan. Pada triwulan IV Tim IT berhasil melakukan integrasi tahap 1 hingga tahap 4 untuk Satu Sehat kemenkes namun masih belum *release* untuk digunakan di pelayanan sembari menunggu arahan dari DTO.

Kondisi akhir kinerja 85% Modul telah terintegrasi, Modul Integrasi Satu Sehat Kemenkes masih berproses dan Modul Integrasi Data Kanker yang belum diintegrasikan.

- Permasalahan :

- 1) Sulit mencari tenaga IT yang kompeten sehingga masih terbatasnya SDM dari segi jumlah maupun kompetensi
- 2) Aplikasi yang sudah dibuat masih belum mencakup semua kebutuhan *user*
- 3) Masih perlu dilakukan penambahan modul yang terintegrasi

- Usulan Pemecahan Masalah :

- 1) Membuat usulan mengikuti pelatihan dan *workshop* pengembangan SIMRSGos untuk mengembangkan kemampuan keterampilan Tim IT



- 2) Pada saat akan dilakukan pengembangan maupun penambahan modul, perlu diadakan diskusi dahulu agar modul yang dibuat dapat sesuai dengan kebutuhan *user*
 - 3) Memodifikasi atau mengembangkan aplikasi SIMRS
- Efisiensi Sumber Daya :
- 1) Penempatan tenaga IT yang berkompeten
 - 2) Peningkatan kompetensi tenaga IT melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
 - 3) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana yang ada untuk menunjang pengembangan modul SIMRS

4. Finance

Indikator Kinerja Utama (*Key performance Indicator*) yang termasuk aspek *Finance* dibagi dalam 3 sasaran strategis dengan 3 indikator yang akan diuraikan sebagai berikut :

No	Key Performance Indicator	Target	Capaian	%	Bobot (B)	% X B
Terwujudnya Peningkatan Pendapatan						
1	Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%	139,45%	4648%	6	6
Terwujudnya Efisiensi Anggaran						
2	% <i>Cost Reduction</i> (Obat dan BMHP)	5%	53,37%	1067,40%	5	5
Terlaksananya Anggaran Berbasis Kinerja						
3	% Pembiayaan sesuai kebutuhan	70%	85,29%	122%	5	5
Total Skor					16	16
% Capaian Perspektif Financial					100%	

Total capaian untuk 3 sasaran strategis pada perspektif *finance* adalah **100%** dari total bobot perspektif. Berikut diuraikan capaian per masing -masing indikator :

❖ Indikator : Tingkat Pertumbuhan Pendapatan

- Definisi Operasional :

Pendapatan yang dimaksud adalah pendapatan operasional, tidak termasuk pendapatan APBN. Pendapatan operasional terdiri dari biaya jasa keseluruhan pelayanan pasien dan pendapatan lain-lainnya. Tingkat



pertumbuhannya diukur dengan penambahan pendapatan tahun ini dibandingkan dengan pendapatan tahun lalu.

- Cara Perhitungan :

$$\frac{\text{Pertambahan pendapatan tahun T}}{\text{Pendapatan tahun T-1}} \times 100\%$$

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat tentang pelayanan yang ada pada rumah sakit sehingga masyarakat dapat lebih mengenal tentang pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit.
 - 2) Melengkapi berkas persyaratan yang dibutuhkan dalam melakukan pengklaiman BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya agar dapat diakui sebagai pendapatan Rumah Sakit.
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
3%	139,45%	707,71%	Telah memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian Indikator yang cukup besar untuk tingkat pertumbuhan pendapatan RSUP Dr. Johannes Leimena pada tahun 2021 dikarenakan penambahan pendapatan sebesar Rp 14.640.812.111 dibandingkan dengan total pendapatan tahun 2020 yang hanya bersumber dari pelayanan Covid-19 sebesar Rp 2.068.750.000 lalu dikalikan 100%. Sedangkan untuk capaian tahun 2022 diperoleh dari penambahan pendapatan sebesar Rp 23.301.797.633 dibandingkan total pendapatan tahun 2021 sebesar Rp 16.709.562.111 lalu dikalikan 100% sehingga didapatkan angka capaian 139,45%. Pencapaian indikator tingkat pertumbuhan pendapatan telah memenuhi target 3%.

- Permasalahan :

Tidak terdapat kendala pada tahun 2022 dari sisi pendapatan. RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon mampu memenuhi target pendapatan yang telah ditetapkan untuk tahun 2022 sebesar Rp 25.948.175.000.

- Usulan Pemecahan Masalah :



- 1) Meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat tentang pelayanan yang ada pada rumah sakit sehingga masyarakat dapat lebih mengenal tentang pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit.
 - 2) Melengkapi berkas persyaratan yang dibutuhkan dalam melakukan pengklaiman BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya agar dapat diakui sebagai pendapatan Rumah Sakit.
- Efisiensi Sumber Daya :
- 1) Meningkatkan sosialisasi kepada masyarakat tentang pelayanan yang ada pada rumah sakit sehingga masyarakat dapat lebih mengenal tentang pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit.
 - 2) Melengkapi berkas persyaratan yang dibutuhkan dalam melakukan pengklaiman BPJS Kesehatan dan asuransi lainnya agar dapat diakui sebagai pendapatan Rumah Sakit.

❖ **Indikator : % Cost Reduction (Bahan Habis Pakai dan Obat)**

- Definisi Operasional :
- Perhitungan *cost reduction* dilakukan dengan mendasarkan pada besarnya penghematan penggunaan bahan habis pakai dan obat di semua unit pelayanan (medik dan penunjang), dibandingkan dengan total pengeluaran bahan habis pakai dan obat tahun lalu, dinormalisasi dengan jumlah kegiatan.

- Cara Perhitungan :

Jumlah Anggaran Obat dan BMHP Tahun Berjalan/Jumlah Tindakan	x 100%
Jumlah Anggaran Obat dan BMHP Tahun Lalu/Jumlah Tindakan	

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
- 1) Melakukan pengendalian biaya pemakaian persediaan obat dan bahan farmasi
 - 2) Menyusun perencanaan kebutuhan obat dan BMHP yang tepat berdasarkan analisa data
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
- Kendali biaya penggunaan obat dan BMHP
- Pencapaian Kinerja :



Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
5%	53,37%	3,35 %	Telah memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian Indikator persentase *cost reduction* tahun 2022 RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 53,37% yang dihitung dari jumlah anggaran obat dan BMHP tahun 2022 sebesar Rp 14.407.083.000 yang dinormalisasi dengan jumlah tindakan sebanyak 280.137 dibandingkan dengan jumlah anggaran obat dan BMHP tahun 2021 sebesar Rp 11.928.676.000 yang dinormalisasi dengan jumlah tindakan sebanyak 123.786 lalu dikali 100%.

- Permasalahan :

- 1) Belum optimalnya pengendalian biaya pemakaian persediaan obat dan bahan farmasi.
- 2) Manajemen pengelolaan obat yang belum optimal yang berdampak pada keterbatasan ketersediaan obat dan BMHP (*stock out*) sehingga mempengaruhi jumlah pemasukan rumah sakit.

- Usulan Pemecahan Masalah :

- 1) Melakukan pengendalian biaya pemakaian persediaan obat dan bahan farmasi
- 2) Menyusun SOP perencanaan kebutuhan obat dan BMHP

- Efisiensi Sumber Daya :

- 1) Penempatan pegawai sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan
- 2) Peningkatan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan
- 3) Melakukan optimalisasi pemanfaatan sarana dan prasarana

❖ **Indikator : % Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan**

- Definisi Operasional :

Persentase pembiayaan sesuai kebutuhan adalah pembiayaan kebutuhan yang sesuai dengan perencanaan yang terdapat di dalam DIPA.

- Cara Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan}}{\text{Jumlah Seluruh Pembiayaan Lalu}} \times 100\%$$



- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
 - 1) Penyusunan rencana penarikan dana (RPD) untuk memaksimalkan ketersediaan dana
 - 2) Penyusunan laporan, monitoring dan evaluasi realisasi anggaran
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :

Pengembangan sistem perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja
- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian 2022	Capaian 2021	Keterangan
70%	85,29%	63,86%	Telah memenuhi target

- Analisa :

Untuk pembiayaan yang sesuai kebutuhan telah terealisasi sebanyak 85,29% dengan total penyerapan anggaran sebesar Rp 122.638.643.214 dari total jumlah Pagu tahun 2022 sebesar Rp 143.795.927.000. Maka pencapaian indikator persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan telah memenuhi target 70%.
- Permasalahan :
 - 1) Identifikasi kebutuhan dari semua unit belum optimal
 - 2) Proses pemenuhan kebutuhan belum optimal karena proses pengadaan belum sepenuhnya berbasis kebutuhan
 - 3) Beberapa proses pengadaan belum selesai karena masih dalam proses
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Melakukan perencanaan dan penganggaran yang tepat berbasis kinerja
 - 2) Mengimplementasikan prosedur pengadaan barang dan jasa secara tepat
 - 3) Melakukan penyusunan rencana penarikan dana (RPD) untuk memaksimalkan ketersediaan dana
 - 4) Penyusunan laporan, monitoring dan evaluasi realisasi anggaran
- Efisiensi Sumber Daya :
 - 1) Peningkatan kompetensi staf terkait agar pelaksanaan pembiayaan dapat berjalan optimal
 - 2) Penyusunan laporan, monitoring dan evaluasi realisasi anggaran



3.2 Realisasi Anggaran

Tabel 3.3.
Realisasi Anggaran RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2022

Kode	Uraian	Pagu	Realisasi	%
	Total	143,795,927,000	122,938,141,921	85.49%
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan UPT Ditjen Yankes	95,240,890,000	81,669,586,974	85.75
	6388.CAB Sarana Bidang Kesehatan	10,840,741,000	10,696,501,219	98,67
002	Alat Kesehatan	5,090,741,000	5,068,529,100	99.56
003	Obat-Obatan dan BMHP	5,750,000,000	5,627,972,119	97.88
	6388.CCB OM Sarana Bidang Kesehatan	25,155,397,000	18,937,773,911	75.28
002	Operasional dan Pemeliharaan UPT Non BLU	25,155,397,000	18,937,773,911	75.28
	6388.EBA Layanan Dukungan Manajemen Internal	9,979,920,000	8,567,845,558	85.85
962	Layanan Penyelenggara Tugas dan Fungsi UPT Vertikal	9,979,920,000	8,567,845,558	85.85
	6388.EBB Layanan Sarana dan Prasarana Internal	94,124,000	92,089,068	97.84
951	Peralatan dan Fasilitas Perkantoran UPT Vertikal	94,124,000	92,089,068	97.84
	6388.RAB Sarana Bidang Kesehatan	49,170,708,000	43,375,377,218	88.21
003	Alat Kesehatan Pelayanan Katastrofik	19.463.795.000	19.078.858.887	98.02
004	Obat-obatan dan BMHP Pelayanan Katastrofik	8,657,083,000	8,622,100,254	96.60
006	Alat Kesehatan (PEN)	21,049,830,000	15,674,418,077	74.46
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Yankes	48,555,037,000	41,268,554,947	84.99
	4813.EBA Layanan Perkantoran	48,555,037,000	41,268,554,947	84.99
001	Gaji dan Tunjangan	27,616,848,000	22,082,455,470	79.96
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	20,938,189,000	19,186,099,477	91.63

Anggaran Belanja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2022 sebesar 143,795,927,000 yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) sebesar Rp



118,366,719,000,- dengan realisasi sebesar Rp 102,106,104,600,- dan PNBP sebesar Rp 25,429,208,000,- dengan realisasi Rp 20,832,037,321,-.



BAB IV

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Beberapa hal yang dapat disimpulkan dari laporan ini adalah :

1. Pencapaian IKI Direktur Utama secara total mendapat nilai **95,84%** yang terdiri dari 20 Indikator. Capaian ini mengalami kenaikan yang sangat signifikan dari capaian IKI Direktur Utama tahun 2021 sebesar **66,14%**. Kenaikan capaian yang signifikan dikarenakan semua indikator telah diukur dengan capaian yang positif.
2. Realisasi anggaran belanja tahun 2022 adalah sebesar **Rp.122.938.141.921,- (85,49%)** dari pagu sebesar **Rp.143.795.927.000,-** .
3. Indikator kinerja yang telah memenuhi standar/ tercapai adalah Indikator waktu tunggu operasi elektif, Pertumbuhann MCU, % Ketepatan waktu layanan, Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan, % staf dengan kinerja excellent, % Unit melaksanakan Clinical pathway, % staf di area kritis yang tersertifikasi, OEE Alat Medik, OEE Sarana Prasarana Utama, % modul SIM-RS yang terintegrasi, Tingkat pertumbuhan pendapatan, % Cost Reduction, Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan dan Persentase pelaksanaan Sistrute.

Indikator kinerja yang belum memenuhi standar yaitu Indeks kepuasan pasien, Indeks kepuasan staf, % unit dengan kinerja excellent, Jumlah unit layanan unggulan dengan kinerja baik, % kepatuhan penggunaan fornas, dan pengembalian rekam medik lengkap 1x 24 jam.

4.2 Saran

Dari kesimpulan diatas, beberapa saran yang direkomendasikan

1. Meningkatkan upaya pemenuhan pelayanan medik, pelayanan keperawatan dan pelayanan penunjang secara bertahap dan terencana berdasarkan prioritas dengan ketersediaan jumlah dan jenis SDM.
2. Melakukan monitoring dan upaya peningkatan mutu pelayanan secara berkelanjutan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.



3. Meningkatkan kompetensi SDM melalui pelatihan dan peningkatan gelar pendidikan sesuai bidang dan profesi.
4. Meningkatkan Kerjasama antar civitas RSUP Dr. Johannes Leimena untuk bersinergi bersama-sama meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.



LAMPIRAN I

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR JOHANNES LEIMENA AMBON



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022

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

Nama : drg. Saraswati, MPH
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena
Ambon

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D., Sp.THT-KL(K), MARS
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

✓ Pihak Kedua, 

Prof. dr. Abdul Kadir, Ph.D., Sp.THT KL(K), MARS
NIP 19620523198031001

Ambon, Desember 2021
Pihak Pertama


drg. Saraswati, MPH
NIP 196709181993022001



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2022
RSUP DR. JOHANNES LEIMENA AMBON

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Indeks Kepuasan Pasien	3,70
		Indeks Kepuasan Staf	3,70
2.	Terwujudnya Pelayanan Unggulan Paripurna	% Unit Layanan dengan Kinerja Excellent	70%
3.	Terwujudnya Focus Pelayanan Unggulan yang Prospektif	Jumlah Unit Unggulan yang Berkinerja Baik	2
4.	Terwujudnya Perbaikan Kualitas Layanan	% Kepatuhan Penggunaan Fornas	90%
		Pengembalian Rekam Medik Lengkap 1 x 24 Jam	90%
		Waktu Tunggu Operasi Elektif	24 Jam
5.	Terwujudnya Paket Layanan Variative	Pertumbuhan MCU	1%
6.	Terwujudnya Perbaikan Proses Bisnis	% Ketepatan Waktu Layanan	78%
7.	Terwujudnya Penyempurnaan Sistem Manajemen	Jumlah Penyempurnaan Prosedur pada Level Korporat yang Terimplementasikan	3
8.	Terwujudnya Budaya Kerja dan Kinerja	% Staf dengan Kinerja Excellent	4%
9.	Terimplementasinya Clinical Pathway	% Unit yang Melaksanakan Clinical Pathway	80%
10.	Terwujudnya Peningkatan Kompetensi SDM	% Staf di Area Kritis yang Tersertifikasi	55%
11.	Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana Dan Prasarana	OEE Alat Medik Utama	60%
		OEE Prasarana Utama	80%
12.	Terwujudnya Pengembangan SIM-RS	% Modul SIM RS yang Terintegrasi	85%
13.	Terwujudnya Peningkatan Pendapatan	Tingkat Pertumbuhan Pendapatan	3%



No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Terlaksananya Efisiensi Anggaran	% Cost Reduction (Bahan Pakai Habis dan Obat)	5%
15.	Terlaksananya Anggaran Berbasis Kinerja	Persentase Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan	70%
16.	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (Sisrute) di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon	70 %

Program

1. Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes
2. Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan

Anggaran

- Rp 65.429.208.000
- Rp 62.455.037.000

Pihak Kedua

Prof. dr. Abdul Kadir, PhD., Sp.THT-KL(K),MARS
NIP 19620523198031001

Ambon, Desember 2021
Pihak Pertama

drg. Saraswati, MPH
NIP 196709181993022001



LAMPIRAN II RINCIAN REALISASI ANGGARAN

Realisasi Belanja Bersumber dari Rupiah Murni (RM) Tahun 2022

Kode	Deskripsi	PAGU	Realisasi (Rp)	Persentasi (%)
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	69,811,682,000	60,837,549,653	87.15
6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	9,127,500,000	9,076,015,904	99.44
6388.CAB.002	Alat Kesehatan	5,027,500,000	5,027,500,000	100.00
6388.CAB.003	Obat-obatan dan BMHP	4,100,000,000	4,048,515,904	98.74
6388.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	11,513,474,000	8,386,154,931	72.84
6388.CCB.002	Operasional dan Pemeliharaan UPT Non BLU	11,513,474,000	8,386,154,931	72.84
6388.RAB	Sarana Bidang Kesehatan	49,170,708,000	43,375,378,818	88.21
6388.RAB.003	Alat Kesehatan Pelayanan Katastropik	19,463,795,000	19,078,858,887	98.02
6388.RAB.004	Obat-Obatan dan BMHP Pelayanan Katastropik	8,657,083,000	8,622,100,254	99.60
6388.RAB.006	Alat Kesehatan (PEN)	21,049,830,000	15,674,419,677	74.46
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Pelayanan Kesehatan	48,555,037,000	41,268,554,947	84.99



4813.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	48,555,037,000	41,268,554,947	84.99
4813.EBA.994	Layanan Perkantoran	48,555,037,000	41,268,554,947	84.99
001	Gaji dan Tunjangan	27,616,848,000	22,082,455,470	79.96
002	Operasional dan Pemeliharaan Kantor	20,938,189,000	19,186,099,477	91.63
Total		118,366,719,000	102,106,104,600	86.26

Realisasi Belanja Bersumber dari Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) Tahun 2022

Kode	Deskripsi	PAGU	Realisasi (Rp)	Persentase (%)
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksana Teknis Ditjen Yankes	25,429,208,000	20,832,037,321	81.92
6388.CAB	Sarana Bidang Kesehatan	1,713,241,000	1,620,485,315	94.59
6388.CAB.002	Alat Kesehatan	63,241,000	41,029,100	64.88
532111	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	63,241,000	41,029,100	64.88
6388.CAB.003	Obat-obatan dan BMHP	1,650,000,000	1,579,456,215	95.72
521811	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi	1,650,000,000	1,579,456,215	95.72
6388.CCB	OM Sarana Bidang Kesehatan	13,641,923,000	10,551,991,457	77.35
6388.CCB.002	Operasional dan Pemeliharaan UPT Non BLU	13,641,923,000	10,551,991,457	77.35
521111	Belanja Keperluan Perkantoran	291,024,000	231,424,245	79.52

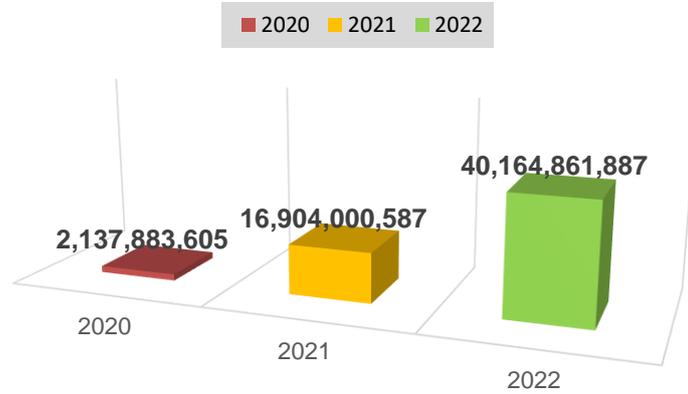


521113	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	305,280,000	279,217,670	91.46
521115	Belanja Honor Operasional Satuan Kerja	144,360,000	56,400,000	39.07
521119	Belanja Barang Operasional Lainnya	7,541,496,000	6,842,443,603	90.73
521811	Belanja Barang Persediaan Barang Konsumsi	1,860,000,000	1,357,690,651	72.99
522141	Belanja Sewa	75,000,000	64,300,000	85.73
522151	Belanja Jasa Profesi	662,400,000	112,700,000	17.01
523111	Belanja Pemeliharaan Gedung dan Bangunan	175,402,000	116,791,110	66.58
523121	Belanja Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	1,618,793,000	1,046,295,004	64.63
524111	Belanja Perjalanan Dinas Biasa	968,168,000	444,729,174	45.94
6388.EBA	Layanan Dukungan Manajemen Internal	9,979,920,000	8,567,471,481	85.85
6388.EBA.962	Layanan Umum	9,979,920,000	8,567,471,481	85.85
522191	Belanja Jasa Lainnya	9,979,920,000	8,567,471,481	85.85
6388.EBB	Layanan Sarana dan Prasarana Internal	94,124,000	92,089,068	97.84
6388.EBB.951	Layanan Sarana Internal	94,124,000	92,089,068	97.84
532111	Belanja Modal Peralatan dan Mesin	94,124,000	92,089,068	97.84
Total		25,429,208,000	20,832,037,321	81.92



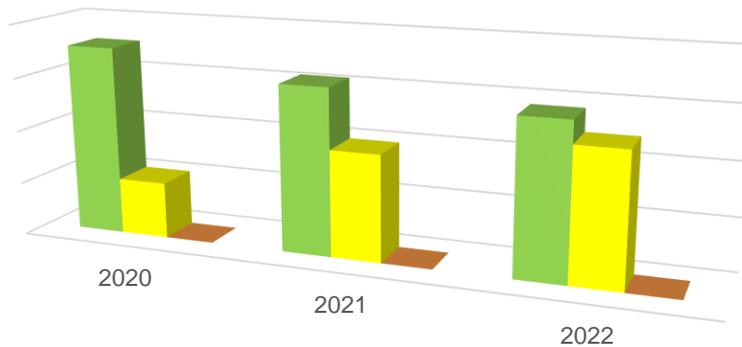
Realisasi Pendapatan Tahun 2020 – 2022

REALISASI PENDAPATAN



Realisasi Belanja Tahun 2020 – 2022

REALISASI BELANJA



	2020	2021	2022
■ Pagu	177,508,292,000	155,703,577,000	143,795,927,000
■ Realisasi	52,560,238,022	99,419,756,522	122,938,141,921
■ Persentasi (%)	29.61	63.85	85.49



LAMPIRAN III
CAPAIAN INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU) TAHUN 2020-2022

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	Target IKU					
			2020		2021		2022	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
1.	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	Indeks kepuasan pasien	3,51	3,27	3,60	3,23	3,70	3,51
		Indeks kepuasan staf	3,51	2,78	3,60	3,04	3,70	3,33
2.	Terwujudnya pelayanan unggulan paripurna	% unit layanan dengan kinerja excellent	50%	-	60%	23,53%	70%	62,84%
3.	Terwujudnya focus pelayanan unggulan yang prospektif	Jumlah unit unggulan yang berkinerja baik	1	-	1	-	2	1
4.	Terwujudnya perbaikan kualitas layanan	% kepatuhan penggunaan fornas	80%	72,8 %	85%	74,58%	90%	86,55%
		Pengembalian rekam medik lengkap 1 x 24 jam	80%	67,76 %	85%	66,04%	90%	75,76%
		Waktu tunggu operasi elektif	48 jam	-	48 jam	23,08 jam	24 jam	19,06 jam
5.	Terwujudnya paket layanan variative	Pertumbuhan MCU	1%	-	1%	-	1%	1534,15%
6.	Terwujudnya perbaikan proses bisnis	% ketepatan waktu layanan	55%	-	66%	67,86	78%	79,17%



NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	Target IKU					
			2020		2021		2022	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
7.	Terwujudnya penyempurnaan sistem manajemen	Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan	3	-	3	3	3	3
8.	Terwujudnya budaya kerja dan kinerja	% staf dengan kinerja excellent	2%	-	3%	-	4%	12%
9.	Terimplementasinya clinical pathway	% unit yang melaksanakan clinical pathway	50%	-	65%	-	80%	100%
10.	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	% staf di area kritis yang tersertifikasi	40%	-	50%	82,65%	55%	67,17%
11.	Terwujudnya peningkatan keandalan sarana dan prasarana	OEE alat medik utama	50%	-	55%	33,98%	60%	106,68%
		OEE prasarana utama	70%	51,57 %	75%	78,41%	80%	95,82%
12.	Terwujudnya peningkatan layanan SIM-RS	% modul SIMRS yang terintegrasi	75%	75 %	80%	80%	85%	85%
13.	Terwujudnya peningkatan pendapatan	Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%	-	3%	707,71%	3%	139,45%
14.	Terwujudnya efisiensi anggaran	% cost reduction (bahan habis pakai dan obat)	2%	-	5%	3,35 %	5%	53,37 %



NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	Target IKU					
			2020		2021		2022	
			Target	Capaian	Target	Capaian	Target	Capaian
15.	Terlaksananya anggaran berbasis kinerja	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	50%	44 %	60%	63,86%	70%	85,29%
16.	Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Rujukan Terintegrasi	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	-		-	-	70%	70,23%