



2021

LAPORAN KINERJA

RSUP DR. JOHANNES LEIMENA
AMBON



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA



LEMBAR PENGESAHAN DIREKSI
Laporan Akuntabilitas Kinerja
Instansi Pemerintah (LAKIP)
RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon
Tahun 2021

Ambon, Januari 2022



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, S.KM, M.Kes
NIP. 197110221999032007



KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kepada Allah SWT, bersama ini kami sajikan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2020 yang telah kami susun sedemikian rupa untuk disajikan dengan sebaik-baiknya. Laporan ini merupakan bentuk pertanggungjawaban pimpinan RSUP Dr. Johannes Leimena dalam pengelolaan sumber daya melalui berbagai program dan kegiatan selama kurun waktu Tahun Anggaran 2021.

Melalui laporan ini diharapkan dapat diketahui sejauh mana keberhasilan pencapaian kinerja dan target-target yang belum tercapai serta upaya-upaya untuk mengatasinya dalam pelaksanaan tugas fungsi RSUP Dr. Johannes Leimena.

Kami menyadari bahwa Laporan Akuntabilitas Kinerja ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan feed back atas LAKIP kami untuk perbaikan di periode yang akan datang. Semoga laporan ini bermanfaat untuk peningkatan kinerja pada tahun-tahun mendatang.

Ambon, Januari 2022

Direktur Utama,



drg. Saraswati, MPH

NIP 196709181993022001



EXECUTIVE SUMMARY

Dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggung jawab serta sebagai wujud pertanggungjawaban instansi pemerintahan yang baik, RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon 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).

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 2021 diukur dengan beberapa indikator dimana realisasi anggaran belanja sebesar Rp **104,655,466,807,- (67,22%)** dari pagu sebesar Rp **155,687,672,000,-**. Pencapaian IKI Direktur Utama secara total mendapat nilai **67,14%** yang terdiri dari 19 Indikator. Capaian ini mengalami kenaikan yang signifikan dari capaian IKI Direktur Utama tahun 2020 yaitu **28,24%**. Kenaikan capaian IKI Dirut dikarenakan 15 dari 19 indikator telah dapat diukur pada tahun 2021 dan pada tahun 2020 hanya melakukan pelayanan Covid-19 sehingga banyak kegiatan dan program yang belum dapat terlaksanakan serta indikator kinerja yang belum dapat diukur.

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 1	PENDAHULUAN	1
1.1	Latar Belakang.....	1
1.2	Maksud dan Tujuan.....	1
1.3	Tugas Pokok dan Fungsi	2
BAB II	PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA.....	7
2.1	Rencana Strategis Tahun 2020-2024.....	7
2.2	Sasaran Strategis dan IKU.....	8
2.3	Perjanjian Kinerja.....	13
BAB III	AKUNTABILITAS KINERJA	16
3.1	Pengukuran Kinerja	16
3.2	Analisa Capaian Kinerja	19
3.3	Sumber Daya	54
3.4	Realisasi Anggaran	56
BAB IV	PENUTUP	58
4.1	Kesimpulan	58
4.2	Saran.....	58
LAMPIRAN	61



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 2021 hingga saat ini RSUP Dr. Johannes Leimena membuka jenis Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Rawat Inap, Pelayanan Rawat Jalan (Poliklinik Anak, Poliklinik Obgyn & 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 2021 dengan memperhatikan kepada peraturan perundang-undangan yang melandasi pelaksanaan LAKIP yaitu :



1. Perpres No.29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
2. Permenpan dan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
3. Permenkes No. 34 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Johannes Leimena Ambon;
4. Kepmenkes No. 169 Tahun 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging tertentu;
5. Permenkes No. 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024;
6. Peraturan Pemerintah No. 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Pemerintah;
7. Peraturan Menteri PAN/RB No. 53 Tahun 2014 tentang Juknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah

1.2 Maksud dan Tujuan

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah 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 2021.

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 memperbaiki kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena di tahun yang akan datang.

1.3 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.

3. Struktur Organisasi

Berdasarkan 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 :

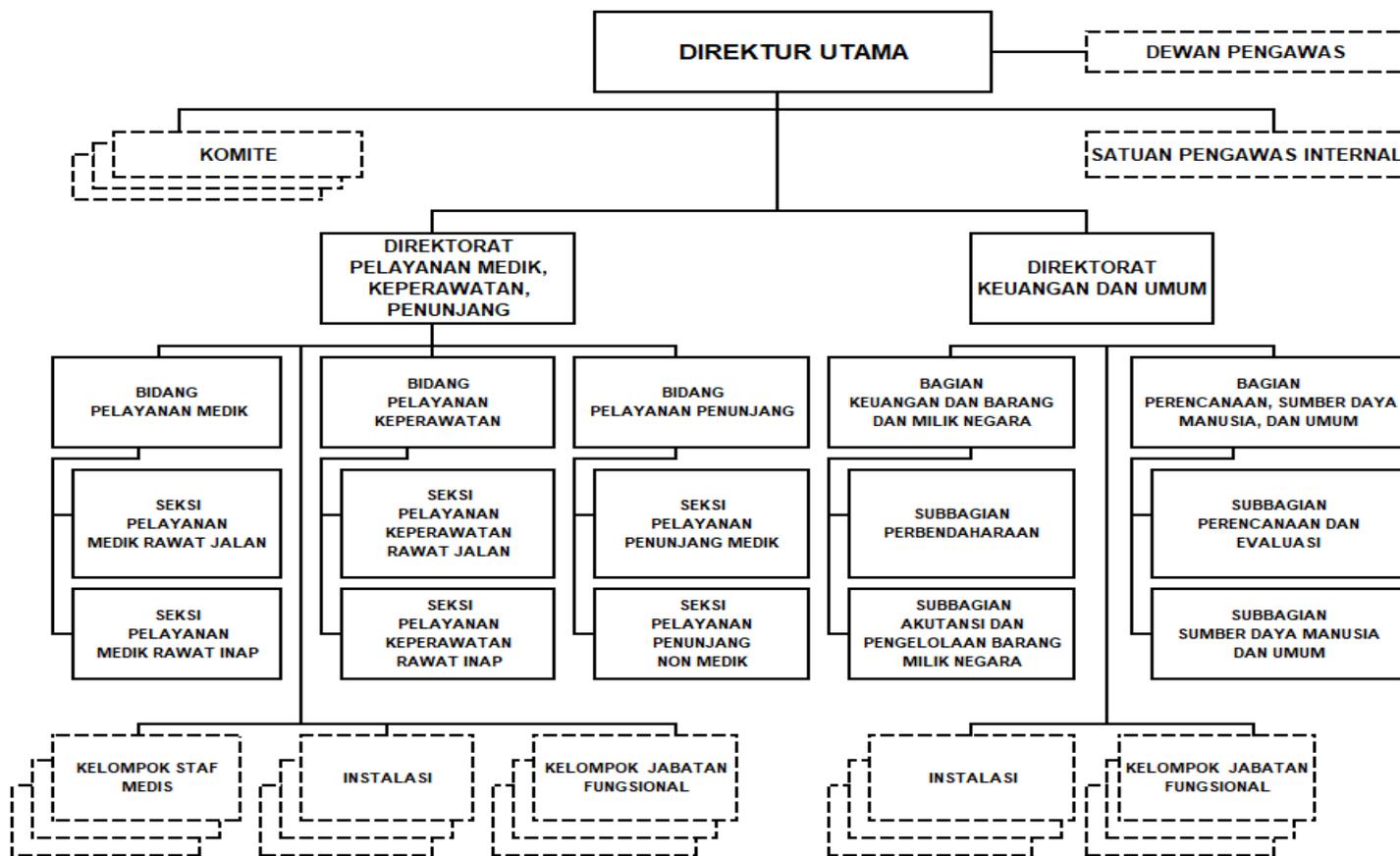
- ❖ Penyusunan rencana, program dan anggaran;
- ❖ Pelaksanaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
- ❖ Pelaksanaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
- ❖ Pengelolaan sumber daya manusia;
- ❖ Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
- ❖ 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

Lampiran





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)

2.2 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 furnas
 - 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
- 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	2021	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 furnas	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



NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	Target IKU				
			2020	2021	2022	2023	2024
5.	Terwujudnya paket layanan variative	Pertumbuhan MCU	1%	1%	1%	2%	2%
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%



NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA (IKU)	Target IKU				
			2020	2021	2022	2023	2024
13.	Terwujudnya peningkatan pendapatan	Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%	3%	3%	3%	3%
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%



2.3 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 2021

No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indicator (KPI)	Target 2021
1.	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	1.	Indeks kepuasan pasien	3,60
		2.	Indeks kepuasan staf	3,60
2.	Terwujudnya pelayanan unggulan paripurna	3.	% unit dengan kinerja excellent	60%
3.	Terwujudnya focus pelayanan unggulan yang prospektif	4.	Jumlah unit layanan unggulan dengan kinerja baik	1
4.	Terwujudnya perbaikan kualitas layanan	5.	% kepatuhan penggunaan furnas	85%
		6.	Pengembalian rekam medik lengkap 1x 24 jam	85%
		7.	Waktu tunggu operasi elektif	48 jam
5.	Terwujudnya paket layanan variatif	8.	Pertumbuhan MCU	1%



No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indicator (KPI)	Target 2021
6.	Terwujudnya perbaikan proses bisnis	9.	% ketepatan waktu layanan	66%
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	3%
9.	Terimplementasinya clinical pathway	12.	% unit melaksanakan clinical pathway	65%
10.	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	13.	% staf di area kritis yang tersertifikasi	50%
11.	Terwujudnya peningkatan keandalan sarana dan prasarana	14.	OEE alat medik utama	55%
		15.	OEE prasarana utama	75%
12.	Terwujudnya peningkatan layanan SIM-RS	16.	% modul SIM-RS yang terintegrasi	80%
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	60%



Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut di atas, jumlah dana penggunaan DIPA sebesar Rp 7.629.277.661,- pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan.



BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

3.1 Pengukuran Kinerja

Tahun 2021 merupakan tahun ke dua 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:



No.	Indikator Kinerja	Bobot	Capaian
1.	Aspek Stakeholder	12	9,88
2.	Aspek Internal Business Process	47	24,43
3.	Aspek Learning and Growth	20	18,47
4.	Aspek Financial	16	14,35
Total		95	67,14

Pencapaian pada tahun 2021 secara keseluruhan mencapai **67,14%** secara signifikan meningkat dari tahun 2020 yang hanya beberapa indikator saja yang dapat diukur karena RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon baru dioperasikan untuk pelayanan darurat penanganan covid-19 pada tanggal 27 Mei 2020 dan diresmikan tanggal 25 Maret 2021. Tahun 2021 merupakan tahun ke dua 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 2021 :

No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indikator (KPI)	Target	Capaian
1.	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	1.	Indeks kepuasan pasien	3,60	3,23
		2.	Indeks kepuasan staf	3,60	2,70
2.	Terwujudnya pelayanan unggulan paripurna	3.	% unit dengan kinerja excellent	60 %	23.53 %
3.	Terwujudnya focus pelayanan unggulan yang prospektif	4.	Jumlah unit layanan unggulan dengan kinerja baik	1	-



No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indikator (KPI)	Target	Capaian
4.	Terwujudnya perbaikan kualitas layanan	5.	% kepatuhan penggunaan fornas	85 %	74,58 %
		6.	Pengembalian rekam medik lengkap 1x 24 jam	85 %	66,04 %
		7.	Waktu tunggu operasi elektif	48 jam	23,8 jam
5.	Terwujudnya paket layanan variatif	8.	Pertumbuhan MCU	1 %	-
6.	Terwujudnya perbaikan proses bisnis	9.	% ketepatan waktu layanan	66 %	33,33 %
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	3%	-
9.	Terimplementasinya clinical pathway	12.	% unit melaksanakan clinical pathway	65%	-
10.	Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM	13.	% staf di area kritis yang tersertifikasi	50%	82,65 %
11.	Terwujudnya peningkatan keandalan sarana dan prasarana	14.	OEE alat medik utama	55%	33,98 %
		15.	OEE prasarana utama	75%	78,41 %
12.	Terwujudnya peningkatan layanan SIM-RS	16.	% modul SIM-RS yang terintegrasi	80%	80 %



No.	Sasaran Strategis	No.	Key Performance Indikator (KPI)	Target	Capaian
13.	Terwujudnya peningkatan pendapatan	17.	Tingkat pertumbuhan pendapatan	3%	707,71 %
14.	Terwujudnya efisiensi anggaran	18.	% cost reduction (bahan habis pakai dan obat)	5%	3,35 %
15.	Terlaksananya anggaran berbasis kinerja	19.	Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan	60%	63,86 %

3.2 Analisa Capaian Kinerja

Sasaran dan capaian indikator RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2021 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	3,60	3,23	89,72%	6	5,38
2	Indeks Kepuasan Staf	3,60	2,70	75,00%	6	4,50
Total Skor					12	9,88
% Capaian Perspektif Stakeholder					82,36%	

Pada sasaran strategis terwujudnya kepuasan stakeholder capaian seluruh indikator adalah **82,36%** 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	Keterangan
3,60	3,23	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil dari survey tersebut menunjukkan bahwa 80,77 % pasien puas terhadap pelayanan yang ada di RSUP Dr. Johannes Leimena. Angka 80,77 % jika dikonversikan dengan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sesuai dengan Permenpan No. 14 Tahun 2017 menunjukkan hasil 3,23 (Variabel



B) artinya berdasarkan hasil survey kepuasan pasien, kinerja unit pelayanan RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sudah memenuhi kriteria pelayanan Baik / B.

- Permasalahan :

Hasil survey belum optimal karena pada tahun 2021 RSUP Dr. Johannes Leimena baru beroperasi sehingga survey belum dapat dilakukan di semua unit hanya di unit-unit tertentu.

- Usulan Pemecahan Masalah :

1) Menambah jumlah SDM sesuai standar yang dibutuhkan dan meningkatkan kompetensi pegawai melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan sehingga dapat memberikan pelayanan yang maksimal

2) Melakukan survey kepuasan pasien secara berkala

3) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap hasil survey kepuasan pasien agar dapat terus meningkatkan pelayanan

- 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	Keterangan
3,51	2,70	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil dari survey tersebut menunjukkan bahwa 67,53% staf di RSUP Dr. Johannes Leimena puas sesuai dengan poin-poin penilaian yang ada pada survey kepuasan staf. Angka 67,53% jika dikonversikan dengan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) sesuai dengan Permenpan No. 14 Tahun 2017



menunjukkan hasil 2,70 (Variabel 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 10 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	60%	23,53%	39,22%	6	2,35
Terwujudnya Fokus Pelayanan Unggulan yang Prospektif						



No.	Key Performance Indicator	Target	Capaian	%	Bobot (B)	% X B
2	Jumlah unit layanan unggulan yang berkinerja baik	1	Belum dapat diukur	0,00%	3	0,00
Terwujudnya Perbaikan Kualitas Layanan						
3	% kepatuhan penggunaan Fornas	85%	74,58%	87,74%	5	4.39
4	Pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam	85%	66,04%	77,69%	6	4.66
5	Waktu tunggu operasi elektif	48 Jam	23,8 Jam	124,2%	5	6
Terwujudnya Paket layanan yang Variatif						
6	Pertumbuhan MCU	1%	Belum dapat diukur	0,00%	3	0,00
Terwujudnya Perbaikan Proses Bisnis						
7	% Ketepatan waktu pelayanan	66%	33,33%	50,50%	6	3,03
Terwujudnya penyempurnaan sistem manajemen						
8	Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan	3	3	100%	4	4,00
Terwujudnya Budaya Kerja dan Kinerja						
9	% Staf dengan kinerja excellent	3%	Belum dapat diukur	0,00%	4	0,00
Terimplementasinya <i>Clinical Pathway</i> dan DPJP						
10	% Unit yang melaksanakan clinical pathway	65%	Belum dapat diukur	0,00%	5	0,00
Total Skor					47	24,43
% Capaian Perspektif Internal Business Process					51.98%	

Total capaian untuk 8 sasaran strategis pada perspektif internal bisnis proses adalah **51,98%** 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 :

Jumlah unit dengan kinerja <i>excellent</i>	x
Jumlah seluruh unit	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	Keterangan
60%	23.53%	Belum memenuhi target

- Analisa :

Persentase unit dengan kinerja *excellent* tahun 2021 RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 23.53%. Angka ini diperoleh dari jumlah unit dengan kinerja excellent dengan pencapaian target kinerja > 95% yaitu 4 unit dibagi dengan jumlah seluruh unit yang diukur capaian kinerjanya yaitu 17 unit kemudian dikali 100 %, sehingga hasil yang diperoleh adalah 23.53%.



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

Σ Unit layanan unggulan yang berkinerja baik	x
Σ Unit layanan unggulan	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	Keterangan
1	-	Indikator belum dapat diukur

- 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 belum bisa diukur karena:
 - 1) Untuk layanan jantung terpadu baru akan dibentuk dan SDM yang akan menunjang pelayanan baru dikirim untuk mengikuti pelatihan.
 - 2) Belum ada dokter bedah tumor dan Konsultan HOM untuk menunjang pelayanan kanker terpadu
 - 3) 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 mengoperasikan 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 mengoperasikan 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 :

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

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :
- 1) Memaksimalkan Peran, Fungsi dan Tugas Tim Farmasi dan Terapi (TFT)
 - 2) Membuat daftar obat yang masuk dalam Fornas
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
- Menginformasikan kepada DPJP/dokter konsuler/dokter jaga untuk meresepkan berdasarkan Fornas.



- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian	Keterangan
85%	74,58%	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian indikator persentase kepatuhan penggunaan furnas di RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 74,58 %. Angka ini diperoleh dari jumlah item resep sesuai furnas yaitu 54.357 dibagi dengan jumlah seluruh item resep yaitu 72.877 kemudian dikali 100 %, sehingga hasil yang diperoleh yaitu 74,58 %. Walaupun belum memenuhi target 85% namun hasil capaian indikator persentase kepatuhan penggunaan furnas di RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2021 naik jika dibandingkan dengan tahun 2021 yaitu 72,8 %.

- Permasalahan :

Obat yang tersedia di Instalasi Farmasi masih lebih banyak dengan merk dagang yang tidak termasuk dala Furnas

- Usulan Pemecahan Masalah :

- 1) Memaksimalkan peran, tugas dan fungsi TFT
- 2) Mengingatkan Kembali kepada DPJP atau Dokter Jaga untuk meresepkan sesuai Formularium Nasional dan Formularium Rumah Sakit.

- 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 100%
Jumlah keseluruhan rekam medik	

- Rencana Aksi yang Dilakukan untuk Mencapai Target :

- 1) Melakukan Analisis *Concurrent* atau mengecek kelengkapan pendokumentasian rekam medis saat pasien masih di rawat di ruang perawatan.
- 2) Menghubungi secara langsung tenaga Kesehatan yang belum melengkapi pendokumentasi rekam 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	Keterangan
85%	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%. jumlah pengembalian rekam medik lengkap 1x24 jam yaitu 3.063 dibagi dengan jumlah seluruh rekam medik yaitu 4.638 kemudian dikali 100 %, sehingga hasil yang diperoleh yaitu 66,04 %.

- Permasalahan :

Rata-rata pengembalian berkas rekam medis masih diatas 1 × 24 jam setelah pasien pulang disebabkan berkas rekam medis masih dilengkapi di ruang perawatan

- 1) Kurangnya sosialisasi form rekam medik ke petugas medis sehingga masih ditemukannya ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medik rawat jalan dan rawat inap.
- 2) Kurang disiplinnya pengembalian berkas rekam medik ke Instalasi Rekam Medis tidak sesuai dengan indikator pelayanan rekam medik.
- 3) Review kelengkapan pendokumentasian rekam medis belum berjalan secara optimal disebabkan jumlah SDM pada rekam medis belum memadai untuk melakukan Analisis rekam medis.

- Usulan Pemecahan Masalah :

- 1) Pembentukan Panitia rekam medis yang anggotanya terdiri dari perwakilan nakes yang bertugas dalam monitoring dan evaluasi kelengkapan rekam medis (Sesuai dengan standar akreditasi MIRM 1.1)
- 2) Melakukan telusur kelengkapan rekam medis pada saat pasien masih dirawat (concurrent analisis) untuk segera dilengkapi oleh nakes yang bersangkutan.
- 3) Untuk efektifitas pelaksanaan analisis kelengkapan rekam medis maka dibutuhkan SDM khusus terkait dengan analisis kelengkapan rekam medis.

- 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 :

Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi _____
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	Keterangan
48 jam	23,8 jam	Telah memenuhi target

- Analisa :



Hasil pencapaian indikator waktu tunggu operasi elektif di RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2021 adalah 23,8 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 2021. Dari uraian di atas, maka pencapaian indikator waktu tunggu operasi elektif telah memenuhi target 48 jam.

- Permasalahan :

- 1) Tidak adanya Depo farmasi di ruang OK sehingga BMHP kadang belum tersedia untuk menunjang tindakan operasi
- 2) Alat Instrumen, Orthopedi, Bedah Urologi, Bedah Mulut, Bedah Umum masih belum lengkap, untuk tindakan operasi masih menggunakan alat Instrumen dokter sendiri di tambahkan dengan stock instrument yang dimiliki Instalasi Bedah Sentral
- 3) Tidak adanya pegawai administrasi ruangan
- 4) Masih kurang anggota dalam 1 Tim Bedah

- Usulan Pemecahan Masalah :

- 1) Perlu adanya Depo Farmasi di ruang OK
- 2) Menyusun rencana kegiatan pembedahan dan Pengadaan alat instrument bedah untuk menunjang kegiatan di OK
- 3) Penambahan tenaga penunjang administrasi di ruang OK dan melengkapi kebutuhan komputer diruangan dokter dan perawat

- Efisiensi Sumber Daya :

- 1) 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 :



$$\frac{\text{Jumlah pasien yang mendapat layanan MCU pada periode tertentu}}{\text{Jumlah pasien yang mendapat layanan MCU pada periode sebelumnya}} \times 100\%$$

- 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 mengoperasikan pelayanan MCU
 - 3) Menyusun kebijakan, pedoman, panduan dan SOP pelayanan MCU
- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :
 - 1) Melakukan studi banding ke RS Persahabatan
 - 2) Menyiapkan SDM dan sarana prasarana untuk menogptimalkan operasional pelayanan MCU.

- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian	Keterangan
1 %	-	Indikator belum dapat diukur

- Analisa :

Pelayanan MCU RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2021 baru beroperasi dengan jumlah kunjungan pasien bulan Oktober sebanyak 14 pasien dan bulan Desember sebanyak 11 pasien sehingga Indikator pertumbuhan MCU belum dapat diukur presentase pertumbuhannya secara periodik.
- Permasalahan :
 - 1) Telah dibuat tim DPJP dan tim pelayanan MCU namun belum berjalan secara optimal
 - 2) Sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk pelayanan MCU belum lengkap



- 3) Belum ada kebijakan, pedoman, panduan dan SPO terkait pelayanan MCU
- 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 mengoperasikan 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 :

$$\frac{\text{Jumlah Layanan yang Tepat Waktu}}{\text{Jumlah Seluruh Layanan (7 layanan)}} \times 100\%$$

- 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	Keterangan
66%	33.33%	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian persentase ketepatan waktu layanan di RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2021 belum memenuhi target. 5 dari 7 unsur pelayanan yang dapat diukur diperoleh hasil capaian sebesar 33,33 %. Angka ini diperoleh dari rata-rata capaian presentase ketepatan waktu setiap bulannya selama setahun. Per bulan Desember Tahun 2021 waktu tunggu pelayanan yang telah memenuhi target adalah waktu tunggu rawat jalan, waktu tunggu obat jadi dan waktu tunggu laboratorium.

- 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
 - 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	Keterangan
3	3	Telah memenuhi target

- Analisa :
Indikator jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan pada tahun 2021 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 :

Jumlah staf dengan kinerja <i>excellent</i>	x 100%
Jumlah seluruh staf	

- 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	Keterangan
3%	-	Indikator belum dapat diukur

- Analisa :

Untuk indikator persentase staf dengan kinerja *excellent* belum dapat dilakukan penilaian karena belum adanya prosedur dan mekanisme penilaian kinerja individu serta belum dibentuknya Tiim penilai yang bisa melakukan pengamatan dan wawancara sebagai salah satu acuan penilaian kinerja staf.

- Permasalahan :

- 1) Belum ada metode pengukuran indikator kinerja yang ditetapkan



- 2) Belum dibentuk tim penilai
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Menyusun metode pengukuran indikator kinerja untuk semua pegawai
 - 2) Membentuk tim penilai kinerja staf
- 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	Keterangan
65%	-	Indikator belum dapat diukur

- Analisa :

Indikator terimplementasinya *clinical pathway* belum bisa diukur karena baru akan disusun kebijakan dan panduan penyusunan *Clinical Pathway* (Alur Klinis) di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon.

- Permasalahan :

- 1) *Clinical pathway* masih dalam proses penyusunan
- 2) 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 diarea kritis yang tersertifikasi	50%	82,65%	165,30%	6	6
Terwujudnya Peningkatan Keandalan Sarana dan Prasarana						
2	OEE alat medik utama	55%	33.98%	61.78%	4	2.47
3	OEE prasarana utama	75%	78.41%	104.55%	4	4.00
Terwujudnya Pengembangan SIM RS						
4	% Modul SIM RS	80%	80%	100%	6	6
Total Skor					20	18
% Capaian Perspektif Learning and Growth					92.36%	

Total capaian untuk 3 sasaran strategis pada perspektif *learning and growth* adalah **92,36 %** 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 berkelanjutan untuk staf di area kritis

- Upaya yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target :



Pengembangan SDM terfokus yang berkelanjutan

- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian	Keterangan
50%	82,65%	Telah memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian indikator persentase staf di area kritis tahun 2021 di RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon adalah 74,58 %. Angka ini diperoleh dari perbandingan jumlah seluruh staf di area kritis yang tersertifikasi sebanyak 60 orang dengan jumlah seluruh staf di area kritis sebanyak 97 orang lalu dikalikan 100%. Hasil capaian telah memenuhi standar diatas 50%.

- Permasalahan :

Seluruh staf di area kritis belum 100% tersertifikasi sesuai standar pelayanan dan standar profesi, mengingat tingginya resiko yang terjadi pada area kritis ini.

- Usulan Pemecahan Masalah :

- 1) Menambah jumlah SDM yang sesuai standar jumlah dan kompetensi di area kritis
- 2) Melakukan pendidikan dan pelatihan lanjutan untuk meningkatkan kompetensi dan keahlian staf 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	Keterangan
55%	33,98%	Belum memenuhi target

- Analisa :



Indikator penilaian OEE alat medik utama di RSUP Dr. Johannes Leimena pada tahun 2021 adalah 33,98%.

- 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	Keterangan
75%	78,41%	Telah memenuhi target

- Analisa :

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 2021 masih dominan menggunakan air bor karena baru pemasangan air PDAM pada bulan September 2021.

Untuk listrik, persentase OEE sebesar 97,69% yang menunjukkan efektifitas dan produktivitas listrik telah maksimal. Sedangkan untuk gas medik presentase OEE sebesar 59,13%.

Dengan menggunakan hasil perhitungan OEE prasarana utama yang ada di atas, maka hasil pencapaian indikator persentase OEE prasarana utama yaitu 78,41%.



- 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.

- 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) Mengembangkan kemampuan dan keterampilan tim IT melalui pelatihan dan workshop
- 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	Keterangan
80%	80%	Memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian indikator persentase modul SIMRS yang terintegrasi adalah 80 %. Angka ini diperoleh jumlah modul SIMRS yang terintegrasi yaitu 8 dibagi dengan jumlah seluruh modul SIMRS yaitu 10 kemudian dikali 100 % sehingga hasil yang diperoleh adalah 80 % dan telah memenuhi target.

Di RSUP Dr. Johannes Leimena pada tahun 2021 terdapat 10 modul SIM-RS yaitu Modul *Front office, Back Office, Billing system, MSDM, Inventory, Perencanaan dan Persediaan Farmasi, Integrasi BPJS, Integrasi Data Kanker, Integrasi PACS dan Integrasi RS Online & Siranap*. Dari 10 modul tersebut, 8 modul telah terintegrasi. Yang belum terintegrasi yaitu Data kanker dan BPJS (Applicares, V-Klaim dan Mobile JKN).

- Permasalahan :
 - 1) Sulit mencari tenaga IT yang kompeten
 - 2) Aplikasi yang sudah dibuat masih belum mencakup semua kebutuhan *user*
 - 3) Masih perlu dilakukan penambahan modul yang terintegarsi
- Usulan Pemecahan Masalah :
 - 1) Penambahan jumlah tenaga tim IT yang kompeten



- 2) Mengembangkan kemampuan dan keterampilan tim IT melalui pelatihan dan workshop
 - 3) Pada saat akan dilakukan pengembangan maupun penambahan modul, perlu diadakan diskusi dahulu agar modul yang dibuat dapat sesuai dengan kebutuhan *user*
 - 4) 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%	707,71%	23590%	6	6
Terwujudnya Efisiensi Anggaran						
2	% <i>Cost Reduction</i> (Obat dan BMHP)	5%	3,35%	67,00%	5	3.35
Terlaksananya Anggaran Berbasis Kinerja						
3	% Pembiayaan sesuai kebutuhan	60%	63,86%	106%	5	5
Total Skor					16	14,35
% Capaian Perspektif Financial					89,69%	

Total capaian untuk 3 sasaran strategis pada perspektif *finance* adalah **89,69%** 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 (parkir, diklat, sewa gedung, jasa giro, dll). 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 :

Menyiapkan sumber daya, baik SDM maupun sarana prasarana agar rumah sakit dapat beroperasi secara maksimal

- Pencapaian Kinerja :

Target	Capaian	Keterangan
3%	707,71%	Memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian Indikator tingkat pertumbuhan pendapatan RSUP Dr. Johannes Leimena pada tahun 2021 adalah sebesar 707,71% yang dihitung dari pertambahan pendapatan tahun 2021 sebesar Rp 14.640.812.111 dibandingkan dengan total pendapatan tahun 2020 yang bersumber dari pelayanan Covid-19 sebesar Rp 2.068.750.000. Pencapaian indikator tingkat pertumbuhan pendapatan telah memenuhi target 3 % karena RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon baru melakukan operasional secara reguler pada awal tahun 2021. Hasil presentase pertambahan pendapatan cukup besar dikarenakan tahun 2020, total penerimaan hanya bersumber dari pelayanan covid.



- Permasalahan :
 - 1) RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon baru melakukan operasional secara reguler pada awal tahun 2021 dan memberlakukan Tarif PMK 152 Tahun 2020 tentang Tarif Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) atas RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon sehingga masih sedikit penerimaan negara yang masuk.
 - 2) Semenjak dilakukan kerjasama dengan BPJS Kesehatan per 1 April 2021, jumlah kunjungan pasien asuransi BPJS Kesehatan lebih banyak jika dibandingkan kunjungan pasien umum, baik pada rawat jalan maupun rawat inap.
- 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	Keterangan
5%	3,35%	Belum memenuhi target

- Analisa :

Hasil pencapaian Indikator persentase *cost reduction* tahun 2021 RSUP Dr. Johannes Leimena adalah 3,35% yang dihitung dari jumlah nominal penghematan penggunaan obat dan BMHP pada tahun 2021 sebesar Rp 7.043.137.731 dibandingkan dengan total pengeluaran BMHP dan obat tahun 2020 sebesar Rp 11.731.276.722. Pencapaian indikator persentase *cost reduction* tahun 2021 belum memenuhi target 5%.

- 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 :

Jumlah Pembiayaan yang Sesuai Kebutuhan	x 100%
Jumlah Seluruh Pembiayaan Lalu	

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

Pengembangan sistem perencanaan dan penganggaran berbasis kinerja
- Pencapaian Kinerja :



Target	Capaian	Keterangan
60%	63,86%	Telah memenuhi target

- Analisa :

Untuk pembiayaan yang sesuai kebutuhan telah terealisasi sebanyak 63,86 % dengan total penyerapan anggaran sebesar Rp 99.432.347.522 dari total jumlah Pagu tahun 2021 sebesar Rp 155.703.577.000. Maka pencapaian indikator persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan telah memenuhi target 60 % namun masih ditemukan beberapa kendala seperti identifikasi kebutuhan dari semua unit belum optimal, proses pengadaan belum sepenuhnya berbasis kebutuhan dan beberapa proses pengadaan yang masih dalam proses.

- Permasalahan :

- 1) Identifikasi kebutuhan dari semua unit belum optimal
- 2) Proses pemenuhan kebutuhan belum optimal karena proses pengadaan belum sepenuhnya berbasis kebutuhan
- 3) Proses pengadaan lambat

- 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



3.3 Sumber Daya Manusia

Pencapaian kinerja RSUP Dr. Johannes Leimena tahun 2020 tidak terlepas dari tersedianya sumber daya manusia yang ada. Berikut rincian data ketenagaan di RSUP Dr. Johannes Leimena per 31 Desember 2021 :

Rincian Data Jumlah SDM RSUP Dr. Johannes Leimena Desember Tahun 2021

Nama Jabatan	Jenis Ketenagaan					Jumlah
	PNS	Visiting	CPNS	Tenaga Harian Lepas	PPNPN	
Direksi	3				0	3
Pejabat Fungsional	9				0	9
Dokter Spesialis	2	20	2		7	31
Dokter Umum			10		9	19
Dokter Gigi			2		1	3
Perawat			68	16	32	116
Bidan			4	1	0	5
PPI					3	3
CSSD					11	11
Farmasi			6		7	13
Laboratorium			4		9	13
Rekam Medik			4	1	5	10
Radiologi			3		6	9
Fisioterapi			4		0	4
Forensik					6	6
Kesling			1		1	2
Gizi			2		20	22
Laundry					11	11
SIRS			6		5	11
IPSR			1	14	16	31
Administrasi			17	1	24	42
PPK			2		7	9
Driver					14	14
Jumlah	12	20	136	33	194	397



Dari tabel di atas dapat diketahui bahwa jumlah sumber daya manusia di RSUP Dr. Johannes Leimena bulan Desember Tahun 2021 adalah sebanyak 397 orang yang terdiri dari 12 orang PNS, 136 orang CPNS, 194 orang Pramubakti dan 33 orang Tenaga Harian Lepas.



3.4 Realisasi Anggaran

Tabel 3.3.

Realisasi Anggaran RSUP Dr. Johannes Leimena Tahun 2021

Kode	Uraian	Pagu	Realisasi	%
6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan UPT Ditjen Yankes	24,688,554,000		
	6388.CAB Sarana Bidang Kesehatan			
002	Alkes	6,496,151,000	-	0.00
003	Obat-Obatan dan BMHP	6,220,000,000	1,446,212,216	23.25
	6388.EAC Layanan Umum			
002	Layanan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi UPT Vertikal	9,567,658,000	6,038,423,284	63.11
	6388.EAE Layanan Prasarana Internal			
002	Perangkat Pengolah Data dan Informasi RS/Balai	1,150,000,000	46,712,500	4.06
003	Peralatan dan Fasilitas Perkantoran UPT Vertikal	1,254,745,000	97,929,661	7.80
4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan di Ditjen Yankes	130,999,118,000		
	4813.CAB Sarana Bidang Kesehatan			



Kode	Uraian	Pagu	Realisasi	%
002	Alkes	23,757,577,000	23,757,576,809	100.00
003	Obat-Obatan dan BMHP	5,708,676,000	5,596,925,515	98.04
	4813.EAA Layanan Perkantoran			
001	Layanan Gaji dan Tunjangan	8,689,730,000	6,914,727,142	79.57
002	Layanan Operasional Perkantoran	88,551,811,000	58,323,510,330	65.86
	4813.EAC Layanan Umum			
010	Layanan Penyelenggaraan Tugas dan Fungsi UPT Vertikal	3,704,352,000	1,902,879,690	51.37
	4813.EAE Layanan Prasarana Internal			
003	Perangkat Lunak Pengolah Data	150,000,000	149,737,500	99.83
006	Peralatan dan Fasilitas Perkantoran UPT Vertikal	436,972,000	380,832,160	87.15
	JUMLAH	155,687,672,000	104,655,466,807	67.22

Anggaran Belanja RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon tahun 2021 berupa belanja rupiah murni (RM) sebesar Rp 155,687,672,000,- dengan realisasi sebesar Rp 104,655,466,807,-



BAB IV PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pencapaian IKI Direktur Utama secara total mendapat nilai **67,14%** yang terdiri dari 19 Indikator. Capaian ini mengalami kenaikan dari capaian IKI Direktur Utama tahun 2020 sebesar **28,24%**. Kenaikan capaian yang signifikan dikarenakan 15 dari 19 indikator telah dapat diukur pada tahun 2021.
2. Realisasi anggaran belanja tahun 2021 adalah sebesar Rp **104,655,466,807,- (67,22%)** dari pagu sebesar Rp **155,687,672,000,-**.
3. Indikator kinerja yang telah memenuhi standar/ tercapai adalah Indikator waktu tunggu operasi elektif, Jumlah penyempurnaan prosedur pada level korporat yang terimplementasikan, % staf di area kritis yang tersertifikasi, OEE Sarana Prasarana Utama, % modul SIM-RS yang terintegrasi, Tingkat pertumbuhan pendapatan dan Persentase pembiayaan yang sesuai kebutuhan. 4 indikator kinerja yang belum dapat diukur yaitu Jumlah unit layanan unggulan dengan kinerja baik, Pertumbuhan MCU, % staf dengan kinerja excellent dan % unit melaksanakan clinical pathway.

4.2 Saran

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. Mengoptimalkan fasilitas pelayanan Medical Check Up untuk peningkatan pendapatan sehingga tidak hanya bergantung pada klaim BPJS.



5. Meningkatkan Kerjasama antar civitas RSUP Dr. Johannes Leimena untuk bersinergi bersama-sama meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.



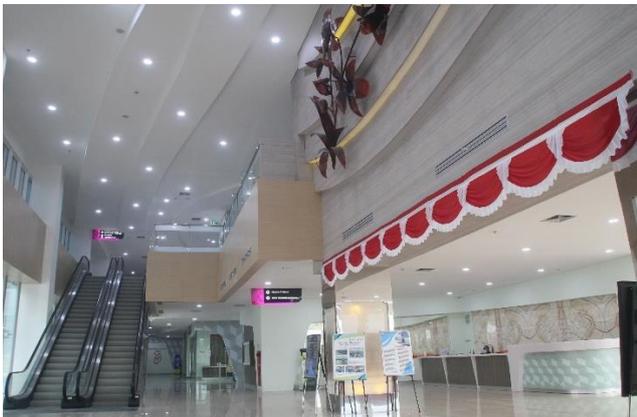
LAMPIRAN



Pelayanan VVIP



Intensive Care Unit



Lobby



Unit Gawat Darurat



Pelayanan Radiologi



Instalasi Bedah Sentral