

LAPORAN LKjIP INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2021



**RSUD MARDI WALUYO
KOTA BLITAR
JANUARI 2022**

KATA PENGANTAR

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

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

LKjIP RSUD "MardiWaluyo" Kota Blitar Tahun 2021 diharapkan dapat memberikan informasi mengenai seberapa jauh keberhasilan rumah sakit dalam melaksanakan tugas dan fungsinya pada tahun 2021. Semoga dapat bermanfaat bagi semua pihak yang berkepentingan.

Blitar, 15 Januari 2022

DIREKTUR
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR



Dr. MUHAMMAD MUCHLIS, M.MRS.
Pembina Utama Muda
NIP. 196509122002121004

IKHTISAR EKSEKUTIF

RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar merupakan salah satu unsur dari Pemerintah Kota Blitar yang bertugas membantu Kepala Daerah (Walikota) dalam melaksanakan tugas-tugas dibidang kesehatan. Sebagaimana diketahui Kota Blitar memiliki Visi **“Masyarakat Kota Blitar Semakin Sejahtera Melalui APBD Pro Rakyat Pada Tahun 2021”**. Terkait tugas dan fungsi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar sebagai salah satu Perangkat Daerah yang bertugas membantu Walikota dibidang kesehatan berada pada **Misi 4 (empat) yaitu “Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat Yang Berbasis Sistem Pelayanan Berkualitas Dan Partisipatif”**. Untuk mendukung visi tersebut RSUD Mardi Waluyo telah menetapkan Visi **“Menuju Rumah Sakit Daerah Mardi Waluyo Sebagai Rumah Sakit Pilihan Utama Yang Terpercaya Melayani Semua Masyarakat Pada Tahun 2021”**. Sesuai dengan rencana kerja tahun 2021, visi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar dicapai melalui 2 (dua) misi yaitu :

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

Tujuan :

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

Untuk mewujudkan tujuan yang hendak dicapai tersebut, maka RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar menetapkan 1 (satu) sasaran strategis yaitu ***Meningkatnya Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat*** yang didukung 2 (dua) program yaitu :

1. Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat
2. Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota

Laporan Kinerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar merupakan bentuk pertanggungjawaban kinerja sasaran strategis yang menjadi kinerja utama dengan dukungan kinerja program dan kegiatan yang telah dilaksanakan selama 1 (satu) tahun anggaran 2021. Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar didukung dengan dana yang cukup memadai, pada tahun 2021 jumlah dana yang dianggarkan sebagai berikut :

NO	PROGRAM	ANGGARAN (Rp)
1	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	16.848.112.000,00
2	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	206.324.550.547,00

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

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
IKHISAR EKSEKUTIF	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	v
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Kedudukan, Tugas Pokok dan Fungsi	2
C. Maksud dan Tujuan	6
D. Dasar Hukum	6
E. Aspek-Aspek Strategis	8
F. Isu-Isu Strategis	8
BAB II	10
PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	10
A. Rencana Strategis Tahun 2016-2021	10
B. Perjanjian Kinerja Tahun 2021	11
BAB III	13
AKUNTABILITAS KINERJA	13
A. Pengukuran Capaian Kinerja	13
1. Analisis Capaian Kinerja Berdasarkan Target dan Realisasi Tahun 2021	13
2. Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2020 – 2021	59
3. Perbandingan Realisasi Kinerja s.d Akhir Periode Renstra	59
4. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional (Target SPM) ...	60
B. Akuntabilitas Keuangan (Cost per Outcome)	60
1. Alokasi Per Sasaran Pembangunan	60
2. Pencapaian Kinerja dan Anggaran	61
3. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya	62
4. Prestasi/Penghargaan	62
BAB IV	63
PENUTUP	63
A. Kesimpulan	63
B. Langkah Perbaikan	63

Lampiran – lampiran :

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

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Rata-rata Kunjungan Pasien Rawat Jalan
Tabel 1.2	Kasus Covid-19 Periode Januari – Desember 2021
Tabel 2.1	Indikator Kinerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2016-2021 yang Mengacu pada Tujuan dan Sasaran RPJMD
Tabel 2.2	Indikator Kinerja Utama Tahun 2021
Tabel 3.1	Pencapaian Kinerja Tahun 2021
Tabel 3.2	Indikator Standart Pelayanan Minimal RSUD Mardi Waluyo
Tabel 3.3	Capaian Kinerja BLUD tahun 2021
Tabel 3.4	Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2020-2021
Tabel 3.5	Perbandingan Realisasi Kinerja sampai dengan Akhir Periode Renstra
Tabel 3.6	Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional (Target SPM)
Tabel 3.7	Alokasi Per Sasaran Pembangunan
Tabel 3.8	Pencapaian Kinerja dan Anggaran
Tabel 3.9	Efisiensi Penggunaan Sumber daya

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

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

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

LKjIP RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2021 disusun dengan menyajikan informasi kinerja yang terukur atas pencapaian sasaran, realisasi pencapaian indikator sasaran disertai dengan penjelasan yang memadai atas pencapaian kinerja dan perbandingan capaian indikator kinerja. LKjIP RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar merupakan laporan atas kemajuan penyelenggaraan kegiatan yang telah dicapai serta sebagai evaluasi untuk peningkatan kinerja yang berkesinambungan selanjutnya.

B. KEDUDUKAN, TUGAS POKOK dan FUNGSI

RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar berdiri pada tahun 1942 berada di Jl. Dr. Sutomo Nomor 29 Blitar, kemudian relokasi ke Jl. Kalimantan No. 113 Kota Blitar pada tahun 2007. RSUD Mardi Waluyo pada awalnya adalah rumah sakit klas D kemudian mengalami perkembangan seiring berjalan waktu dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Berdasarkan SK. MENKES No : 735/MENKES/SK/VI/2007 Tanggal 20 Juni 2007 RSUD mardi Waluyo meningkat dari klas C menjadi klas B Non Pendidikan. Pada tahun 2009 RSUD Mardi Waluyo berdasarkan Keputusan Walikota Blitar Nomor : 188/154/HK/422.0102/2009 RSUD mardi Waluyo Kota Blitar ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah. Tahun 2017 RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar melaksanakan akreditasi dan telah mencapai kelulusan dengan predikat PARIPURNA. Untuk mendukung pencapaian akreditasi RSUD Mardi Waluyo melaksanakan visitasi rumah sakit pendidikan dan berkat dukungan serta kerjasama seluruh pegawai RSUD Mardi Waluyo, pada Tahun 2018 RSUD Mardi Waluyo mengalami perubahan status dari rumah sakit Klas B Non Pendidikan menjadi Klas B Pendidikan dan review akreditasi yang dilaksanakan setiap tahun yaitu tahun 2018 dan 2019, serta pada tanggal 26-29 Februari 2020 dilaksanakan survey simulasi akreditasi, rencana akreditasi pada bulan Mei 2020 ditunda karena adanya pandemi covid-19 sampai dengan akhir tahun 2021.

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

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

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

Untuk melaksanakan fungsi sebagaimana dimaksud diatas, RSUD mempunyai kewenangan :

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

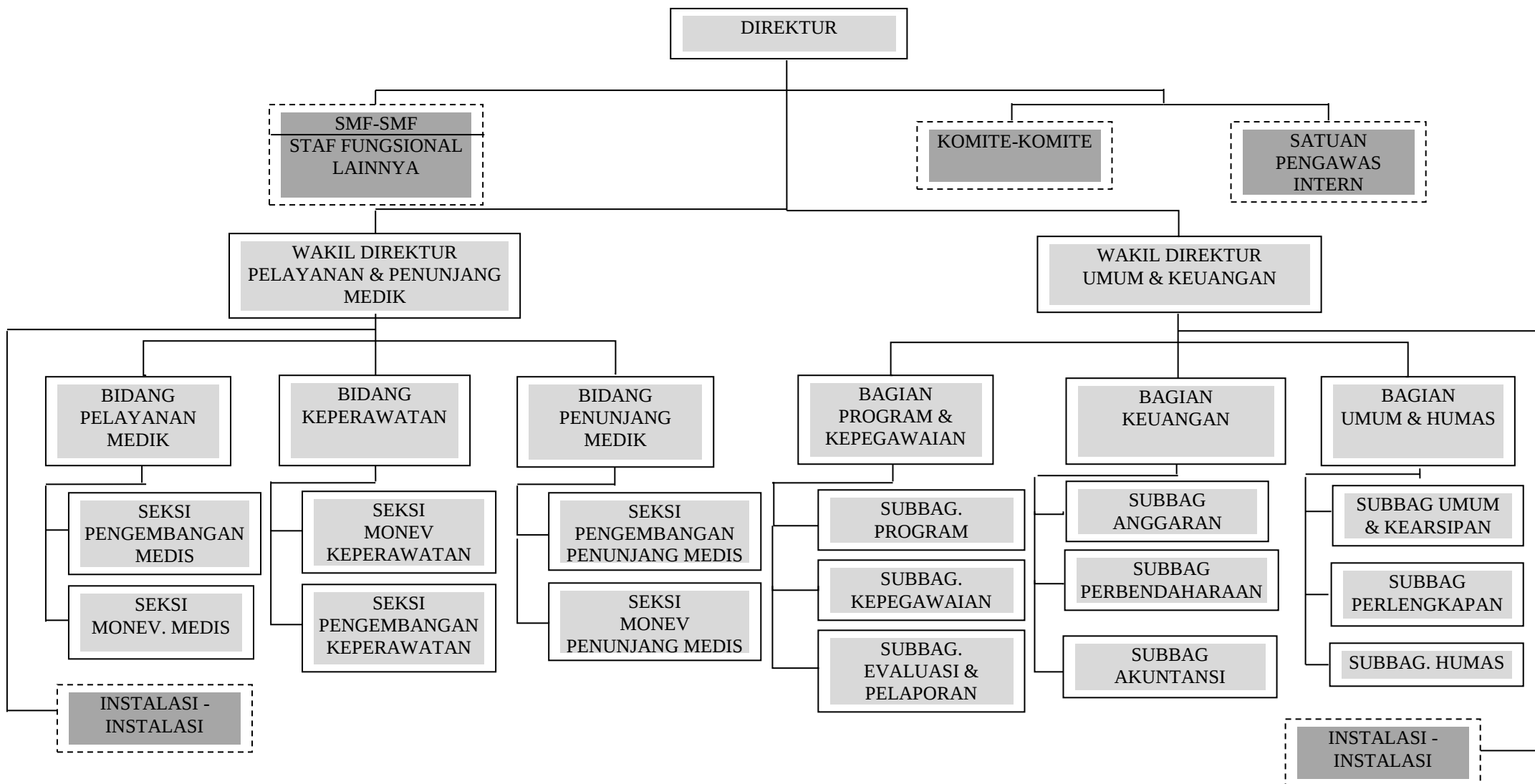
Berikut Susunan Organisasi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar :

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

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

Struktur Organisasi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar digambarkan sebagai berikut :

STRUKTUR ORGANISASI RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR TAHUN 2019



C. MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud dari penyusunan Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun 2021 ini adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban kinerja atas pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar pada Tahun 2021, dengan **tujuan**:

1. Sebagai bahan evaluasi akuntabilitas kinerja oleh pemerintah daerah maupun masyarakat;
2. Memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai;
3. Memberikan informasi guna penyempurnaan dokumen perencanaan periode yang akan datang;
4. Sebagai bahan penyempurnaan pelaksanaan program dan kegiatan yang akan datang;
5. Sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya;
6. Sebagai media dalam upaya menyempurnakan penyelenggaraan tata kelola pemerintahan yang baik (good governance) menuju pemerintahan yang bersih (clean government), dan untuk memenuhi tiga pilar utama tata kelola pemerintahan yang baik yaitu akuntabilitas, transparansi, dan partisipasi melalui penerapan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP).
7. upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam mendukung program kerja bidang kesehatan Pemerintah Kota Blitar.

D. DASAR HUKUM

- a. Undang – undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas korupsi, kolusi dan nepotisme;
- b. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
- c. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional;
- d. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
- e. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah;

- f. Peraturan Pemerintah Nomor 12 Tahun 2019 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah ;
- g. Peraturan Pemerintah Pengganti Undang – Undang Nomor 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dan/atau dalam Rangka Menghadapi Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan;
- h. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- i. Instruksi Presiden Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- j. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006 tentang PedomanPengelolaan Keuangan Daerah sebagaimana terakhir telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 21 Tahun 2011 tentang Perubahan Kedua Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 13 Tahun 2006;
- k. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor : PER/09/M.PAN/05/2007 tentang Pedoman Umum Penetapan Indikator Kinerja Utama di Lingkungan Instansi Pemerintah;
- l. Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang PetunjukTeknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
- m. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor : Per-36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Satuan Kerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan;
- n. Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 8 tahun 2008 tentang Penetapan RSUD Mardi Waluyo menjadi BLUD;
- o. Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 2 Tahun 2010 tentang RPJPD Kota Blitar Tahun 2005 - 2025 ;
- p. Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah;
- q. Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 6 Tahun 2017 tentang Perubahan Peraturan Daerah Kota Blitar Nomor 2 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Kota Blitar Tahun 2016-2021;
- r. Peraturan Daerah Nomor 5 Tahun 2021 Tentang Perubahan Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Kota Blitar Tahun 2021;
- s. Peraturan Walikota Nomor 42 Tahun 2014 Tentang Tugas Pokok Fungsi dan Tata Kerja RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar;

- t. Peraturan Walikota Blitar Nomor 45 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar
- u. Peraturan Walikota Blitar Nomor 52 Tahun 2020 Tentang Penjabaran P – APBD Tahun 2021.

E. ASPEK – ASPEK STRATEGIS

Sebagai unsur pendukung tugas Walikota dibidang kesehatan, RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar memiliki aspek-aspek strategis yang menunjang pelaksanaan Tugas dan Fungsi Perangkat Daerah, diantaranya sebagai berikut :

1. Penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standart pelayanan rumah sakit;
2. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat II sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggara pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
4. Perumus kebijakan dibidang penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasarkan peraturan perundang-undangan;
5. Koordinator penyelenggaraan pelayanan kesehatan;
6. Penyelenggara dan pengelolaan administrasi dan urusan rumah tangga RSUD;
7. Penyelenggaraan tugas pelayanan medis dan penunjang medis, keperawatan serta pengendalian dan pelaporan.

1.6 ISU – ISU STRATEGIS

Berikut isu-isu strategis yang berkaitan penyelenggaraan tugas dan fungsi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar :

1. Penurunan kunjungan pasien non covid-19 di unit / instalasi pelayanan;

Tabel 1.1 Rata-rata kunjungan rawat jalan

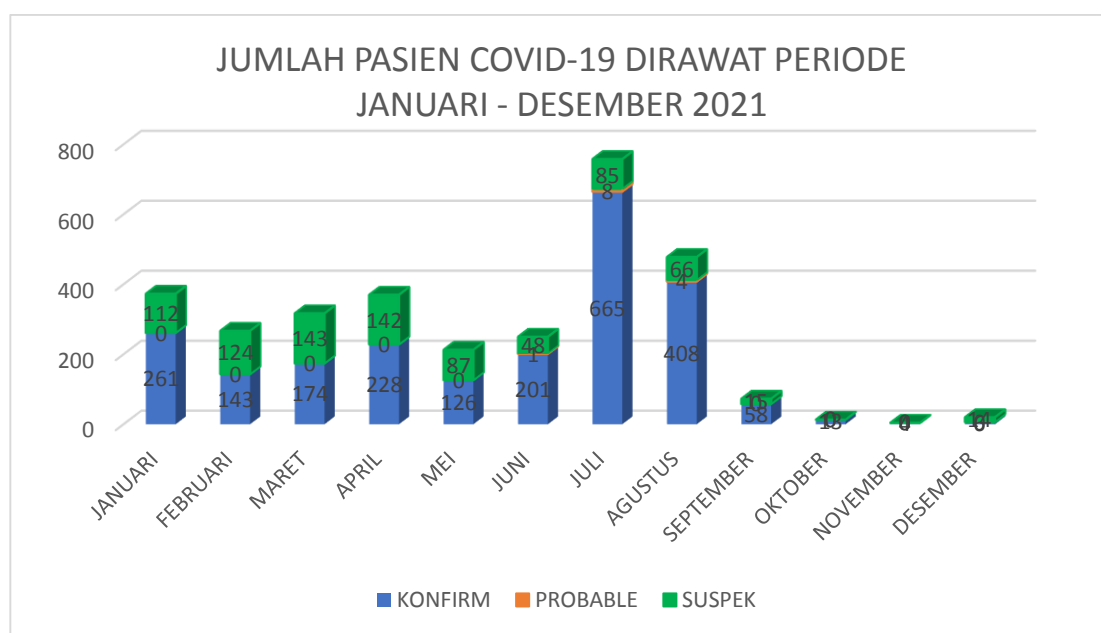
Uraian	2019	2020	2021
Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari pada tahun berjalan	481.23	432.64	400.07

Sumber data : Rekam Medis

- Melonjaknya kasus covid 19 selama tahun 2021 terutama bulan Juli – Agustus 2021;

Tabel 1.2 Kasus Covid-19 Periode Januari – Desember 2021

Berdasarkan kasus				
Bulan	SUSPEK	PROBABLE	KONFIRMASI	JUMLAH
Januari	112	0	261	373
Februari	124	0	143	267
Maret	143	0	174	317
April	142	0	228	370
Mei	87	0	126	213
Juni	48	1	201	250
Juli	85	8	665	758
Agustus	66	4	408	478
Sept	15	0	58	73
Okt	0	0	13	13
Nop	0	0	4	4
Des	14	0	6	20
Jumlah	836	13	2287	3136



Grafik 2.1 Kasus Covid-19 Periode Januari – Desember 2021

- Keterbatasan ketersediaan sumber daya profesional, terlebih kondisi terpapar Covid-19 dan harus menjalani pengobatan atau isolasi mandiri;
- Perlunya peningkatan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM).

BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS TAHUN 2016-2021

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

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

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

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

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

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

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

INDIKATOR KINERJA

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

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

B. PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2021

Perencanaan Kinerja merupakan proses penyusunan rencana kinerja sebagai penjabaran dari tujuan, sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam rencana strategis, yang dilaksanakan oleh RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar melalui kegiatan tahunan. Penyusunan rencana kinerja tahun 2021 dilakukan seiring dengan penyusunan dan kebijakan anggaran.

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

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

Perubahan Ketiga Atas Peraturan Walikota Blitar Nomor 24 Tahun 2016 tentang Indikator Kinerja Utama (IKU) Pemerintah Kota Blitar. Indikator Kinerja Utama (IKU) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar Tahun 2021 sebagaimana pada tabel berikut :

Tabel 2.2. Indikator Kinerja Utama Tahun 2021

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

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

Akuntabilitas Kinerja adalah perwujudan kewajiban suatu instansi pemerintah untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan / kegagalan pelaksanaan Program dan Kegiatan yang telah diamanatkan para pemangku kepentingan dalam rangka mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran / target kinerja yang telah ditetapkan melalui laporan kinerja instansi pemerintah yang disusun secara periodik. RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar selaku perangkat daerah berkewajiban melaporkan hasil kinerjanya melalui Laporan Kinerja Instansi Pemerintah sesuai ketentuan yang diamanatkan dalam Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah, Keputusan Kepala LAN Nomor 239/IX/618/2003 dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Review atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah. Laporan tersebut memberikan gambaran penilaian tingkat pencapaian target masing-masing indikator sasaran strategis yang ditetapkan dalam dokumen Renstra Tahun 2016-2021 maupun Renja tahun 2021 dimana penganggarannya telah ditetapkan dalam Peraturan Daerah Kota Blitar No. 5 Tahun 2021 tentang Perubahan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Tahun 2021 dan Peraturan Walikota Nomor 52 Tahun 2021 tentang Penjabaran P-APBD tahun 2021.

A. PENGUKURAN CAPAIAN KINERJA / SASARAN

1. Analisis Capaian Kinerja berdasarkan Target dan Realisasi Tahun 2021

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

Tabel 3.1 Pencapaian Kinerja Tahun 2021

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target	Realisasi	% Capaian
1	2	3	4	5
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target	78,8%	81,31%	103,18%
	2) Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	AA (81)	A (70,4)	86,91%

Penjelasan capaian kinerja sebagai berikut :

- 1) **Standar Pelayanan Minimal (SPM)** rumah sakit merupakan indikator pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan oleh rumah sakit. Target pencapaiannya sesuai dengan Peraturan Walikota Blitar Nomor 45 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Adanya pandemi covid-19 tentu mempengaruhi hasil pencapaian kinerja dari SPM tersebut. Standar Pelayanan Minimal (SPM) Tahun 2021 tercapai sebesar **81,31%** dengan tingkat capaian sebesar **103,18%** dari target sebesar **78,8%**. Analisa terhadap pencapaian nilai SPM yang tidak atau belum memenuhi standar dilakukan dengan melihat hasil pengukuran kinerja pada indikator dimasing-masing unit.
- 2) **Capaian penilaian kinerja BLUD** RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar berpedoman pada Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016. Capaian Kinerja BLUD Tahun 2021 diperoleh total skor (TS) sebesar **70,4** dengan tingkat capaian sebesar **86,91%** hal ini menunjukkan bahwa kinerja BLUD RSUD Mardi Waluyo masuk dalam kategori **BAIK** dengan predikat **A** terdapat kenaikan 6 % dari capaian TS 66,4 tahun 2020. Meskipun masuk dalam kategori baik capaian ini belum memenuhi capaian yang ditargetkan untuk tahun 2021 yaitu kategori Baik dengan predikat **AA**. Seperti pada tahun 2020 hal ini akibat dari dampak pandemi covid-19.

Penghitungan capaian Indikator Kinerja dijelaskan sebagai berikut :

- 1) **Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

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

Tabel 3.2
Indikator Standart Pelayanan Minimal RSUD Mardi Waluyo

No	Jenis Pelayanan	Σ indikator yang memenuhi SPM	Σ indikator tiap pelayanan	% Pencapaian
1	2	3	4	5
1	Etika Pelayanan	0	1	0
2	Gawat Darurat	7	8	87,5
3	Rawat Jalan	4	6	66,67
4	Rawat Inap	10	12	83,33
5	Bedah	7	7	100
6	Persalinan dan Perinatologi	6	8	75
7	Pelayanan & Perawatan Intensif	2	3	66,67
8	Radiologi	3	5	60
9	Laboratorium	3	5	60
10	Rehabilitasi Medik	2	3	66,67
11	Farmasi	4	5	80
12	Gizi	4	4	100
13	Transfusi Darah	2	2	100
14	GAKIN	1	1	100
15	Rekam Medik	3	4	75
16	Pengelolaan Limbah	2	2	100
17	Administrasi dan Manajemen	8	9	88,89
18	Ambulan / Kereta Jenazah	2	2	100
19	Pemulasaran Jenazah	1	1	100
20	Pemeliharaan Sarana RS	2	4	50
21	Laundry	2	3	66,67
22	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	3	3	100
23	Hemodialisa	6	6	100
24	Pengaduan	3	3	100
JUMLAH		87	107	81,31

Berikut analisa dari masing-masing indikator standar pelayanan minimal :

1. ETIKA PELAYANAN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Pasien dan keluarga pasien menerima 3 S : senyum, salam, sapa.	82 %	100 %	-18	Belum memenuhi standar	Pasien dan keluarga pasien sudah mendapatkan edukasi namun untuk implementasi perlu ditingkatkan.	- Mengadakan pelatihan etika pelayanan (3S) - Dilakukan edukasi berulang dengan penerapan protokol kesehatan. - Penguatan komunikasi dan etika pelayanan dengan menerapkan protokol kesehatan.

2. PELAYANAN GAWAT DARURAT

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

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
3	Kematian pasien $\leq$ 24 jam Pasien yang meninggal dalam periode waktu $\leq$ 24 jam sejak pasien datang	22,7 ‰	$\leq$ 2 ‰	- 20,7‰	Belum memenuhi standar	Upaya penyelamatan pasien sudah dilaksanakan, sehingga kematian pasien $\leq$ 24 jam dapat diminimalisir, dijelaskan dengan kemungkinan ² : Internal : Sudah terpenuhinya SDM dan sumber daya lain. Eksternal - Kegawatan kondisi pasien pada saat diterima di IGD. - Lonjakan pasien covid	Internal : - Upaya penyelamatan pasien senantiasa ditingkatkan melalui peningkatan kompetensi dan ketrampilan, peningkatan sarana-prasarana dan peningkatan kepatuhan terhadap prosedur tetap dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan. Eksternal : - Peningkatan sarana pendukung dan kerjasama untuk koordinasi rujukan.
4	Ketersediaan tim penanggulangan bencana	1 tim	1 tim	0	Memenuhi standar	Telah dibentuknya tim penanggulangan bencana melalui Keputusan Direktur, guna mengantisipasi bila terjadi bencana sewaktu waktu.	Perlu dilakukan penyegaran dan pelatihan tentang penanggulangan bencana secara rutin setiap tahun
5	Jam buka pelayanan gawat darurat	24 jam	24 jam	0	Memenuhi standar	Pelayanan IGD 24 jam	Untuk dipertahankan dan ditingkatkan pelayanan meski dimasa pandemi covid 19.
6	Waktu tanggap pelayanan dokter di IGD	3,4 menit	$\leq$ 5 menit terlayani, setelah pasien datang	1,6	Memenuhi standar	Dokter Jaga IGD siap 24 jam dalam memberikan pelayanan pasien termasuk pada masa pandemi Covid-19	Dipertahankan dan ditingkatkan pelayanan dalam penanganan pasien

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
7	Tidak adanya pasien yang membayar uang muka Pasien gawat darurat yang tidak membayar uang muka	100 %	100%	0	Memenuhi standar	Tidak ada kebijakan yang mem-bolehkan pasien membayar uang muka, dan pelayanan lebih mengutamakan upaya penyelamatan pasien.	Dipertahankan dan mengutamakan upaya penyelamatan pasien.
8	Angka Kepuasan pasien	82,28%	≥ 70%	12,28	Memenuhi standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan, survei kepuasan sudah dilaksanakan, dan pasien telah terlayani sesuai kebutuhan.	Berupaya memberikan pelayanan yang lebih baik lagi kepada masyarakat.

3. PELAYANAN RAWAT JALAN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Dokter pemberi layanan di Klinik Spesiali Hari buka klinik spesialis yang dilayani oleh dokter spesialis	100 %	100 %	0	Memenuhi standar.	Pelayanan klinik spesialis rawat jalan di RSUD telah dilayani oleh dokter spesialis tetapi jumlah dokter spesialis masih terbatas,	Dipertahankan dan ditingkatkan pelayanan klinik spesialis rawat jalan meskipun dimasa pandemi Covid-19
2	Buka pelayanan Hari pelayanan klinik spesialistik yang buka sesuai ketentuan atau klinik non spesialistik sesuai kompetensinya yang buka sesuai ketentuan, dalam periode waktu tsb.	100%	100 %	0	Memenuhi standar	Ketepatan waktu dimulainya jam pelayanan rawat jalan oleh tenaga spesialis tercapai meskipun adanya pembatasan pelayanan di masa pandemi Covid-19, dan proses skrening pasien.	Dipertahankan dan ditingkatkan pelayanan klinik dengan menerapkan protocol kesehatan.

3	Ketersediaan pelayanan rawat jalan Jenis pelayanan rawat jalan spesialistik yang ada (kualitatif)	4 Sp.dasar 4 Sp. penunjang 8 Sp.lain	Minimal : 1. Kesehatan Anak 2. Penyakit dalam 3. Kebidanan 4. Bedah	0	Memenuhi standar.	Sudah tersedianya pelayanan spesialistik dasar	Dipertahankan dan ditingkatkan sesuai PERMENKES yang berlaku
4	Waktu tunggu di rawat jalan Waktu tunggu pasien rawat jalan yang disurvei	150,46 menit	≤ 60 menit	- 90,46	Belum memenuhi standar	Lamanya waktu tunggu sampai pasien dilayani oleh Dokter Spesialis biasanya terkendala oleh : 1. Pelayanan buka 1 meja 2. Pelayanan emergensi 3. Jumlah kunjungan pasien tidaksebanding dengan jumlah Dokter Spesialis. 4. Penerapan protokol kesehatan / skrenning	- Pelayanan buka tepat waktu - Diupayakan menambah tenaga dokter spesialis
5	Kepuasan pelanggan	82,61%	≥ 90 %	-7,39	Belum memenuhi Standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan, target belum tercapai dan survei telah dilakukan namun masih memungkinkan terjadinya pengaduan. Pengaduan kepuasan dijelaskan sbb: 1.Jumlah dokter spesialis tidak sebanding dengan jumlah pasien(jml. Dr.Sp masih terbatas) 2.Pada saat pasien memberikan hasil pemeriksaan penunjang, klinik sudah tutup 3.Penerapan protokol kesehatan / skrenning	- Diperlukan evaluasi pelayanan secara terus menerus - Membuka penerimaan untuk tenaga dokter spesialis

Lanjutan :

PELAYANAN RAWAT JALAN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
6	PELAYANAN TB RAWAT JALAN				Memenuhi standart.	Pelayanan rawat jalan bagi pasien tuberkulosis telah dilakukan dengan strategi DOTS yaitu metode penegakan diagnosis tuberkulosis berdasarkan pemeriksaan mikroskopis sesuai standar/ panduan nasional.	Kedepan perlu dilakukan secara konsisten untuk mempertahankan pelayanan yang sudah dilakukan.
A	Penegakan diagnosis tuberkulosis melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis	100 %	100 %	0			
	Pasien tuberkulosis yang dilakukan pemeriksaan mikroskopis sesuai standard nasional / strategi DOTS						
B	Terlaksananya kegiatan pengobatan, pencatatan dan pelaporan tuberkulosis di RS	100 %	100 %	0			
	Pasientuberkulosis yang dilakukanpengobatan, pencatatan dan pelaporansesuaistandarnasional/strategi DOTS, dalamperiodewaktu						

4. PELAYANAN RAWAT INAP

N O	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIA SAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Pemberi pelayanan rawat inap Tenaga dokter dan paramedic keperawatan yang member pelayanan di Irna sesuai ketentuan	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Pelayanan rawat inap telah dilakukan oleh dokter, perawat, tenaga kesehatan lain yang kompeten.	Perlu peningkatan kompetensi profesional pemberi asuhan
2	Dokter penanggungjawab pasien rawat inap Pasien yang mempunyai dokter sebagai penanggungjawab dalam periode waktu	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Sudah ada dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien sesuai dengan kasus	Perlu dipertahankan kinerja dokter dan pembaharuan SOP secara berkala sesuai dengan perubahan kondisi dan ketentuan.
3	Jam visite dokter spesialis / dokter umum /dokter gigi				Memenuhi standar	Jadwal visite dokter telah sesuai dengan ketentuan namun apabila dokter yang bertanggung jawab berhalangan maka dilaksanakan oleh dokter pengganti dan diberitahukan kepada pasien	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan koordinasi antara dokter dan perawat/bidan ruangan demi kelancaran pelayanan pada pasien
A	Visite dokter spesialis tepat waktu, dalam periode waktu	100 %	100 %	0			
B	Jumlah visite dokter umum /gigi tepat waktu, dalam periode waktu	100 %	100 %	0			

Lanjutan :
PELAYANAN RAWAT INAP

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
4	Model Praktik Keperawatan Profesional Rawat inap melaksanakan MPKP	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Model praktik keperawatan professional dilakukan secara bertahap diruang rawat inap, kecuali ruang isolasi perawatan pasien Covid-19.	Dipertahankan dan ditingkatkan MPKP ruang rawat inap guna meningkatkan
5	Kejadian infeksi paska operasi Pasien yang mengalami infeksi paska operasi dalam periodewaktu	0%	≤ 1,5 %	0	Memenuhi standar.	Infeksi paska operasi dapat terkendali dengan baik, yang dapat dijelaskan bahwa prosedur tetap telah dilaksanakan secara konsisten.	Mempertahankan dan mengupayakan peningkatan tingkat kepatuhan terhadap pelaksanaan SOP secara konsisten.
6	Kejadian infeksi nosokomial Pasien yang mengalami infeksi nosokomial dalam periode waktu	0,7 %	≤ 1,5 %	0,8	Memenuhi standar	Infeksi nosokomial dapat terkendali dengan baik, yang dapat dijelaskan bahwa prosedur tetap dan sistem perawatan telah dilaksanakan secara konsisten.	Perlu dipertahankan dan atau ditingkatkan kepatuhan SPO.
7	Kematian pasien lebih dari 48 jam Kejadian kematian > 48 jam dalam periode waktu	90,33‰	Nasional : NDR ≤25 % atau ≤ 2,5 ‰ (Indonesia)	-87,83	Belum memenuhi standart.	Kematian yang terjadi sesudah periode > 48 jam setelah pasien rawat inap masuk disebabkan: 1. Kondisi awal pasien datang sudah jelek . 2. Pasien menolak untuk dirujuk. 3. Lonjakan pasien covid yang komorbid (penyakit penyerta)	Perlu peningkatan sumber daya RS baik melalui pengadaan, penambahan maupun pendidikan pelatihan bagi SDM, serta peningkatan KIE pada pasien dan keluarga.

Lanjutan :
PELAYANAN RAWAT INAP

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIA SAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
8	Kejadian pulang paksa Pasien pulang paksa dalam periode waktu	2,94%	≤ 5 %	2,06	Memenuhi standar.	Kejadian pulang paksa, kemungkinan karena: 1. Keadaan penyakit pasien 2. Kemampuan biaya. 3. Kurangnya pemahaman pasien yang terkait dengan kurangnya KIE. 4. Hak pasien untuk memilih alternatif lain.	Perlu adanya pemberian informasi (KIE) oleh perawat & dokter DPJP secara jelas kepada pasien dan keluarga.
9	Tidak adanya pasien jatuh yang berakibat kecacatan /kematian Pasien yang dirawat yang jatuh selama dirawat, baik akibat jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb., yang berakibat kecacatan atau kematian , dalam periode waktu	100 %	100 %	0	Memenuhi standar .	Tidak adanya kejadian pasien jatuh selama dirawat baik jatuh dari tempat tidur, di kamar mandi, dsb. yang berakibat kecacatan atau kematian, dijelaskan sbb : 1. Kepatuhan petugas terhadap SOP.selama transportasi, di tempat tidur telah dilaksanakan 2. Keadaan yang memungkinkan terjadinya pasien jatuh, telah diupayakan pencegahannya, misalkan dengan membersihkan lantai kamar mandi secara teratur	Dipertahankan dan ditingkatkan.

Lanjutan :
PELAYANAN RAWAT INAP

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIA SAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
10	Ketersediaan pelayanan rawat inap Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)	100 % 4 Sp. Dasar 4 Sp. Penunjang 8 Sp Medik Lain	tersedia Minimal : 1. KesehatanAnak 2. Penyakitdalam 3. Kebidanan 4. Bedah	0	Memenuhi standar.	Tersedia pelayanan rawat inap sesuai dengan spesialisasi yang ada (4 pelayanan spesialistik dasar dan 8 pelayanan medik spesialistik lain)	Perlu ditambah jumlah dokter spesialis untuk memenuhi standar Rumah Sakit tipe B pendidikan
11	Kepuasan pelanggan	84,11 %	≥ 90 %	-5,89	Belum memenuhi standar.	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan pada saat survey dan dipengaruhi oleh: 1. Ketersediaan jumlah dokter spesialis yang sebanding dengan jumlah pasien. 2. Ketersediaan kualifikasi dokter spesialis 3. Ketepatan waktu mulai pelayanan 4. Kepatuhan terhadap sistem yang telah ditetapkan.	Diperlukan evaluasi pelayanan secara terusmenerus dan berkesinambungan serta tindaklanjut secara konkrit.

Lanjutan :
PELAYANAN RAWAT INAP

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

5. PELAYANAN BEDAH SENTRAL

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

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

6. PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

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

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
5	Kemampuan menangani BBLR 1.500 – 2.500 gram	0%	100 %	-	-	-	-
6	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria	27,04%	≤ 20 %	-7,4 %	Belum memenuhi standar.	Pertolongan persalinan melalui seksio caesaria berdasarkan indikasi medis.	Untuk dilakukan evaluasi secara berkala
7	PELAYANAN KB						
A	Pelayanan KB Mantap	100 %	100 %	0	Memenuhi standar.	Sudah dilakukannya pelayanan KB mantap yang dilakukan oleh Dokter Spesialis Obgyn.	Dipertahankan.
B	Konseling KB Mantap Prosentase peserta KB mantap yang mendapat-konseling KB mantap	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Sudah ada tenaga yang menangani konseling KB mantap dan adanya bidan terlatih.	Dipertahankan
8	Kepuasan pelanggan	79,92%	≥ 80 %	-0,08 %	Belum memenuhi standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan dan dipengaruhi a.l. oleh: 1. Ketersediaan jumlah dokter spesialis 2. Ketepatan waktu pelayanan 3. Kepatuhan terhadap sistem yang telah ditetapkan.	Diadakan evaluasi secara berkelanjutan

7. PELAYANAN PERAWATAN INTENSIF

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Rata-rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam	0 %	≤ 3 %	0	Memenuhi standar	Kondisi pasien yang sulit diprediksi, namun telah diupayakan pasien keluar dari IPI sesuai kriteria keluar IPI.	Dipertahankan .
2	Pemberi pelayanan unit intensif Tenaga dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis sesuai kasus	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Tenaga yang menangani pasien sudah sesuai dengan kasus yang ditangani oleh dr spesialis anaestesi dan dokter spesialis lainnya sesuai kebutuhan kasus.	Dipertahankan .
3	Jumlah tenaga perawat D ₃ dengan sertifikat perawat mahir ICU/setara	80 %	100 %	-20 %	Belum memenuhi standar.	Kurangnya tenaga perawat DIII dengan sertifikat mahir ICU, yang dijelaskan sbb.: • Pengiriman pendidikan-pelatihan dilaksanakan secara bergilir • Perkiraan lama pelatihan 3 bulan, sehingga juga mempertimbangkan kelangsungan pelayanan • Pelatihan tergantung dari persyaratan penyelenggara pihak • Penyesuaian anggaran Diklat.	Diperlukan evaluasi terhadap proporsi pendidikan dengan pelatihan-pelatihan bagi Perawat DIII yang memperoleh sertifikat secara terus menerus dan berkesinambungan serta ditindak lanjuti secara konkrit.

8. PELAYANAN RADIOLOGI

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto	2 jam	≤ 3 jam	1 jam	Memenuhi standar	Prosedur dan mekanisme telah dilaksanakan sesuai dengan ketentuan SOP.	Dipertahankan.
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan rontgen	95,13 %	100 %	-4,87 %	Belum memenuhi standar	Pelayanan pembacaan hasil rontgen pada jam dinas bersamaan dengan tindakan lain yang dilakukan dokter spesialis radiologi dan adanya pinjaman sementara serta pembacaan dilaksanakankesokan harinya. Hasil foto yang dipinjam tidak dikembalikan	Mengupayakan optima lisasi pelaksanaan hasil pemeriksaan rontgen
3	Kejadian kegagalan pelayanan rontgen Fotorusak yang tidak dapat dibaca, dalam periode waktu	0,36 %	≤ 2 %	1,64 %	Memenuhi standar	Kerusakan foto kemungkinan disebabkan karena : 1. Belum setiap alat dikalibrasi secara rutin setiap tahun. 2. Human error 3. Pasien yang tidak kooperatif (terutama untuk golongan umur tertentu) 4. Automatic processing error 5. Pelayanan oleh mahasiswa praktik, sehingga masih perlu penyesuaian dan pembelajaran 6.	Dipertahankan, dengan : 1. Alat perlu dikalibrasi secara rutin. 2. Petugas diikutkan pendidikan pelatihan secara berkala.
4	Pencegahan Pengendalian Infeksi	ada	Tersedia		Memenuhi standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan dan pasien	Dipertahankan kecukupannya
5	Kepuasanpelanggan	79,00%	≥ 80 %	-1 %	Belum memenuhi standar.	Survei kepuasan telah dilaksanakan, namun pada pelaksanaannya dalam pelayanan masih memungkinkan terjadi pengaduan.	Diperlukan evaluasi pelayanan secara terus menerus dan berkesinambungan

9. PELAYANAN PATOLOGI KLINIK

N O	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
2	Pelaksana ekspertisi hasil pemeriksaan laboratorium Hasil laboratorium yang diverifikasi hasilnya oleh dr.Sp.PK dalam periode waktu	80,55 %	100 %	-19,45	Belum memenuhi standar.	Keterbatasan jumlah dokter spesialis Patologi Klinik (satu dr.Sp.PK melaksanakan ekspertisi sesuai jam dinas kantor), sehingga diluar jam dinas kantor tidak tersedia dr.Sp.PK sedangkan hasil pemeriksaan segera dibutuhkan.	Penambahan jumlah dokter spesialis Patologi Klinik.
3	Pencegahan pengendalian Infeksi Tersedia alat pelindung diri di setiap ruang / instalasi	Ada Semua ada kecuali penutup kepala	Tersedia	0	Memenuhi standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya
4	Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium (Lab rutin dan kimia darah)	97,89 menit	≤ 140 menit	42,11 menit	Memenuhi standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
5	Angka Kepuasan pelanggan	79,72 %	≥ 80 %	-0,28	belum memenuhi standar	Survei kepuasan telah dilaksanakan, namun pada pelaksanaannya dalam pelayanan masih memungkinkan terjadi pengaduan.	Diperlukan evaluasi pelayanan secara terus menerus dan berkesinambungan

10. PELAYANAN REHAB MEDIK

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Kejadian drop out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan	6,31 %	≤ 50 %	43,69	Memenuhi standar	1. Pasien yang melakukan rehabilitasi medis sudah terlayani dengan baik, sesuai prosedur. 2. Kepatuhan pasien terhadap program rehabilitasi medik yang diterapkan dapat dipahami dan keterapiannya sudah menjadi kebutuhan bagi pasien	Dipertahankan.
2	Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik	99,58 %	100 %	-0,42	Belum memenuhi standar	Penerapan pelaksanaan pelayanan sesuai dengan prosedur tetap ditingkatkan.	Ditingkatkan penerapannya dalam pelaksanaannya.
3	Kepuasan pelanggan	80,78 %	≥ 80 %	-0.78%	Memenuhi standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan, survey telah dilaksanakan namun masih memungkinkan terjadinya pengaduan.	Diperlukan monitoring evaluasi pelayanan secara terus menerus

11. PELAYANAN INSTALASI FARMASI

N O	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBI ASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian obat	100%	100 %	0	Memenuhi standar	Pelaksanaan pelayanan sudah sesuai SOP,	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan
2	Penulisan resep sesuai formularium	92,28 %	100 %	-7,72	Belum memenuhi standar	Kurangnya kepatuhan dokter terhadap penggunaan formularium rumah sakit.	Perlu komitmen dalam hal kepatuhan dokter secara konsisten terhadap formularium yang telah disepakati dan ditetapkan serta diperlukan monitoring evaluasi secara terus menerus dan berkesinambungan dari Instalasi Farmasi. Upaya peningkatan kinerja Panitia Farmasi dan Terapi
3	Pencegahan dan pengendalian infeksi Tersedianya alat pelindung diri di setiap ruangan/ instalasi	Ada 1. Masker 2. Sarung tangan karet	Tersedia : masker, sarung tangan karet, dll	0	Memenuhi standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya
4	Kepuasan pelanggan	85,44 %	≥ 80 %	5,44 %	Memenuhi standar	Kepuasan merupakan persepsi pelanggan ,survey kepuasan telah dilaksanakan namun masih memungkinkan terjadinya pengaduan	Dipertahankan dan ditingkatkan.

N O	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBI ASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
5	Waktu tunggu pelayanan resep A. Obat jadi Waktu tunggu pelayanan obat jadi pasien B. Obat racik Waktu tunggu pelayanan obat racik pasien	24,82 menit 31,48 menit	Obat jadi ≤ 30 menit : 100 % Obat racik ≤ 60 menit : 100 %	5,18 menit 28,52 menit	Memenuhi standar.	SOP sudah dilaksanakan dengan baik dan konsisten.	Dipertahankan dan ditingkatkan.

12. PELAYANAN INSTALASI GIZI

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien	100 %	≥ 90 %	10 %	Memenuhi standar	Ketepatan waktu pemberian makanan kpd pasien sesuai prosedur, walaupun ada perubahan mendadak untuk diet sehingga perlu waktu tambahan tetap dalam rentang waktu pemberian makanan	Dipertahankan

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
2	Sisa makanan yang tidak termakan	14,48%	≤ 20 %	5,52%	Memenuhi standar	Sisa makanan yg tdk termakan kemungkinan dipengaruhi : 1. Pemberian variasi menu makanan pasien kurang tepat, karena adanya penggantian salah satu menu 2. Selera makan pasien karena kondisi pasien sehubungan dengan penyakitnya.	Dipertahankan dan perlu ditingkatkan cara penyajian serta variasi makanan. Peningkatan KIE
3	Tidak ada kejadian kesalahan pemberian diet	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Pemberian diet pada pasien sudah mengikutiperubahan diet karena kondisi pasien telahmembaik, dijelaskan : 1. Informasi perubahan diet yang diterimalaludiikuti oleh pengolah dan penyajimakananmaminpasien. 2. Ketelitian.	Dipertahankan dan ditingkatkan ketelitian penyajian oleh petugas.
4	Tersedianya alat pelindung diri di setiap ruang/ instalasi	Ada Sebutkan: Celemek dan tutup kepala Ruang menular: masker	Tersedia : celemek, tutupkepala, masker, dll	0	Memenuhi standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya

13. PELAYANAN TRANSFUSI DARAH

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

14. PELAYANAN KELUARGA MISKIN

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

15. PELAYANAN REKAM MEDIK

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan	3.56%	100 %	-96,44%	Belum memenuhi standar	Kurangnya kepatuhan dokter, maupun pihak berwenang lainnya terkait pengisian berkas rekam medik terhadap SOP kelengkapan berkas Rekam Medis, yang kemungkinan disebabkan padat karya dokter di berbagai instalasi/ruang.	1.Perlu diberikan umpan balik terhadap dokter yang belum melengkapi berkas rekam medis sesuai ketentuan. 2.Perlu sistem khusus yang mengatur kelengkapan pengisian berkas rekam medik 3.Menambah SDM perekam medis, sehingga ada yang ditugaskan ke ruang rawat inap. 4.Teguran lisan maupun tertulis DPJP oleh manajemen.
2	Kelengkapan informed consent setelah mendapatkan informasi yang jelas	100%	100 %	0%	Memenuhi standar	SOP tentang informed consent sudah dilaksanakan	Pelaksanaan SOP ditingkatkan secara konsisten.
3	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat jalan	8,88 menit	Rerata ≤ 10 menit	1,12 menit	Memenuhi standar	Petugas sudah melaksanakan sesuai dengan SOP	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.
4	Waktu penyediaan dokumen rekam medic pelayanan rawat inap	11,25 menit	Rerata ≤ 15 menit	3,75 menit	Memenuhi standar	Petugas sudah melaksanakan sesuai dengan SOP.	Perlu dipertahankan dan ditingkatkan.

16. PELAYANAN SANITASI DAN PENGOLAHAN LIMBAH

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

17. PELAYANAN ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Tindak lanjut penyelesaian hasilpertemuan direksi	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Semua hasil pertemuan direksi ditindak lanjuti oleh peserta pertemuan sesuai dengan permasalahan pada bidang / bagian masing-masing.	Perlu untuk dipertahankan.
2	Ketepatan waktu pengurusan gaji berkala	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Sesuai dengan aturan yang berlaku dan dilakukan evaluasi secara berkala.	Perlu untuk dipertahankan
3	Ketepatan pengusulan kenaikan pangkat	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Sesuai dengan aturan yang berlaku dan dilakukan evaluasi secara berkala.	Perlu untuk dipertahankan

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
4	Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Laporan akuntabilitas kinerja lengkap dan dilakukan setiap bulan tiga bulanan, semesteran, dan tahunan. Pelaporan akuntabilitas yang lengkap dilaksanakan per tahun	Dipertahankan dalam laporan akuntabilitas secara periodik dan tepat waktu.
5	Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun	3,79%	≥ 60 %	56,21	Belum memenuhi standar	Karyawan yang dikirim untuk mengikuti pelatihan minimal 20 jam setahun, dijelaskan : 1. Pelatihan sesuai dengan kebutuhan RS 2. Pelatihan tergantung oleh pihak penyelenggara pelatihan. 3. In house training dengan mempertimbangkan efektifitas dan efisiensi 4. Adanya pandemi kegiatan pelatihan tidak bisa berjalan maksimal 5. Masa Pandemi Covid-19	Kondisi pandemi Covid-19, direncanakan pelatihan inovatif dengan tetap menerapkan protocol kesehatan dan peningkatan kapasitas pegawai tetap terjaga.
6	Cost recovery	104,32 %	≥ 40 %	64,32	Memenuhi standar	Dalam pelaksanaan pengelolaan keuangan telah dilakukan secara efektif dan efisien.	Perlu dipertahankan dan diefektifkan untuk pembiayaan operasional rumah sakit.
7	Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Semua laporan keuangan telah disusun tepat waktu dan dengan jumlah laporan yang telah sesuai dengan ketentuan	Untuk dipertahankan.
8	Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap.	0,35 jam	≤ 2 jam	1,65 jam	Memenuhi standar	SOP sudah dilakukan secara konsisten.	Dipertahankan.
9	Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai ketepatan waktu	100%	100 %	0	Memenuhi standar	Insentif telah diberikan tepat waktu.	Dipertahankan

18. PELAYANAN AMBULAN / MOBIL JENAZAH

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Waktu pelayanan ambulan / kereta jenazah	24 jam	24 jam	0	Memenuhi standar	SOP sudah dilaksanakan.	Dipertahankan dan ditingkatkan.
2	Kecepatan pemberian pelayanan ambulan / kereta jenazah di RS	7,5menit	≤ 30 menit	22,5 menit	Memenuhi standar	Pelayanan sudah siap 24 jam termasuk di masa pandemi Covid-19.	Dipertahankan dan ditingkatkan.

19. PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah	63,17 menit	≤ 2 jam (120 menit)	56,83 menit	Memenuhi standar	SOP sudah dilaksanakan dengan konsisten termasuk dalam pemulasaraan jenazah pasien Covid-19.	Dipertahankan dan ditingkatkan.

20. PELAYANAN LINEN (LAUNDRY)

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Tidak adanya kejadian linen yang hilang	100%	100 %	0	Memenuhi standar	Dijelaskan sbb. : 1. Ketelitian pengelolaan laundry terhadap keberadaan linen 2. SDM laundry menjadi bagian dari ISS.	Perlu ditingkatkan ketelitian dan penambahan tenaga.

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
2	Ketepatan waktu penyediaan linen RS	98,68 %	100 %	-1,32	Belum memenuhi standar	Dijelaskan sbb: 1. Kembalinya linen bersih ke ruang yang berbeda, karena kurangnya ketelitian 2. Sumberdaya <i>laundry</i> masih terbatas.	Perlu penambahan sumber daya yang memadai.
3	Pencegahan dan pengendalian infeksi Tersedianya alat pelindung diri di setiap ruang/ instalasi	Ada	tersedia	-		APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya

21. PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
1	Kecepatan waktu menangani kerusakan alat	86,06 %	≥ 80 %	6,06	Memenuhi standar	Jumlah SDM memadai dengan peralatan yang ada	Dipertahankan dengan penambahan SDM serta penjadwalan perbaikan alat
2	Ketepatan waktu pemeliharaan alat	84,94%	100 %	-15,06	Belum memenuhi standar	Penjadwalan untuk pemeliharaan rutin alat dan anggaran perbaikan kurang.	Penjadwalan pemeliharaan peralatan ke ruangan di intensifkan.
3	Pencegahan dan pengendalian infeksi Tersedia alat pelindung diri di setiap ruang / instalasi	Ada Masker, Handschoen, Sepatu listrik, Ka-camata las, Helm las	Tersedia	-	Memenuhi standar	APD ketersediaan cukup bagi tenaga kesehatan	Dipertahankan kecukupannya

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6	7	8	9
4	Peralatan yang terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi	32,47 %	100%	-67,53%	Belum memenuhi standar.	Dijelaskan sbb. : 1. Perencanaan kalibrasi belum mencakup keseluruhan sarana yang ada 2. Jadwal kalibrasi belum dilaksanakan secara tertib. 3. Jadwal kalibrasi peralatan tertentu tergantung pihak ketiga.	Perlu peningkatan kinerja sesuai prosedur IPS.

22. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

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

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6		7	8
3	Tersedia alat pelindung diri di setiap ruang/instalasi :	100 %	60 %	40%	Memenuhi standar	Telah tersedia alat pelindung diri diseluruh instalasi.	Dipertahankan. dan perlu ditetapkan standarisasi APD per ruangan/instalasi

23. PELAYANAN HEMODIALISA

NO	VARIABEL	HASIL KEG	STANDAR	PEMBIASAN	ANALISIS		
					KET	KEMUNGKINAN FAKTOR PENYEBAB/KEADAAN SAAT INI	UPAYA TINDAK LANJUT
1	2	3	4	6		7	8
1	Ketepatan jadwal layanan	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
2	Tidak adanya permintaan uang muka	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	Sesuai aturan yang berlaku.	Dipertahankan.
3	Pemberi pelayanan di unit hemodialisis Dokter dan perawat mahir hemodialisis, dalam periode waktu	70%	100 %	30	Belum memenuhi standar	Adanya rolling tenaga medis	Dipertahankan.
4	Ketepatan jadwal pemeriksaan laboratorium rutin	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
5	Ketertiban administrasi	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.
6	Ketertiban laporan rutin per bulan ke supervisor RS dr. Soetomo	100 %	100 %	0	Memenuhi standar	SOP dilaksanakan secara konsisten.	Dipertahankan.

24. PELAYANAN PENGADUAN

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

2) Capaian penilaian kinerja BLUD

Tata Cara Penghitungan Kinerja

A. Aspek dan Indikator Kinerja

Perhitungan kinerja meliputi :

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

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

a) Kriteria Baik

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

b) Kriteria Sedang

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

c) Kriteria Buruk

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

B. Ruang Lingkup Evaluasi

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

Tabel 3.3 Capaian Kinerja BLUD

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

N o	Subaspek / Indikator	Skor	Nilai	Bobot	Capaian
1.	Rasio Keuangan				
	a. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2	179,52	1	50
	b. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,5	207,62	0,5	20
	c. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	2	4,3	2	100
	d. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2	217,20	2	100
	e. Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	2	36,47	2	100
	f. Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	2	25,51	2	100
	g. Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2	12,05	0,5	25
	h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,5	122,82	2,5	100
	i. Rasio Subsidi Biaya Pasien	2	0	0	0
JUMLAH 1		19		12,5	65,78
2.	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU				
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	2	2	100
	b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akutansi Keuangan	2	0,9	0,9	45
	c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2	2	2	100
	d. Tarif Layanan	1	0,5	0,5	50
	e. Sistem Akutansi	1	1	1	100
	f. Persetujuan Rekening	0,5	0,5	0,5	100
	g. SOP Pengelolaan Kas	0,5	0,5	0,5	100
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0,5	0,5	0,5	100
	i. SOP Pengelolaan Utang	0,5	0,5	0,5	100
	j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5	0	0	0
	k. SOP Pengelolaan Inventaris	0,5	0,5	0,5	100
JUMLAH 2		11		8,9	80,9
JUMLAH SKOR ASPEK KEUANGAN (1+2)		30		21,4	71,34

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

No	Subaspek / Indikator	Skor	Nilai	Bobot	Capaian
1.	Layanan	35			
	a. Pertumbuhan Produktivitas				
	1) Pertumbuhan rata-rata kunjungan Rawat Jalan	2	0,92	1	50
	2) Pertumbuhan rata-rata kunjungan Rawat Darurat	2	0,70	0	0
	3) Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	0,89	0,5	25
	4) Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2	1,11	2	100
	5) Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2	1,04	1,5	75
	6) Pertumbuhan Operasi	2	0,73	0	0
	7) Pertumbuhan Rehab Medik	2	1,07	1,5	75
	8) Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	0,90	0,5	100
	9) Pertumbuhan Penelitian Yang Dipublikasikan	2	0	0	0
JUMLAH		18		7	38,89
	b. Efektifitas Pelayanan				
	1) Kelengkapan rekam medic 24 jam selesai pelayanan	2	0,03	0	0

	2) Pengembalian rekam medik	2	77,96	1,5	75
	3) Angka pembatalan operasi	2	1,83	1,5	75
	4) Angka kegagalan hasil radiologi	2	0,36	2	100
	5) Penulisan resep sesuai formularium	2	92,28	2	100
	6) Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	2	0,82	2	100
	7) <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)	2	42,99	0,5	0,25
	JUMLAH	14		9,5	67,85
	c. Pertumbuhan Pembelajaran	3			
	1) Rata-rata jam pelatihan / karyawan	1	3,79	0,25	16,67
	2) Prosentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	68,57	0,75	75
	3) Program <i>Reward and Punishment</i>	1	0,5	0,5	50
	JUMLAH	3		1,5	50
	JUMLAH aspek layanan (a + b + c)	35		18	51,42
2.	Mutu dan Manfaat Kepada masyarakat	35			
	a. Mutu Pelayanan				
	1) <i>Emergency Respon Time Rate</i>	2	3,4 menit	2	100
	2) Waktu tunggu rawat jalan	2	150,46 menit	0,5	25
	3) <i>Length of Stay</i>	2	4,89	2	100
	4) Kecepatan pelayanan resep obat jadi	2	24,82 menit	1	50
	5) Waktu tunggu sebelum operasi	2	≤ 1 minggu	1,5	75
	6) Waktu tunggu hasil laboratorium	2	97,89 Menit	2	100
	7) Waktu tunggu hasil radiologi	2	2 jam (120Menit)	2	100
	JUMLAH a	14		11	78,57
	b. Mutu Klinik				
	1) Angka kematian di Gawat Darurat	2	2,26	2	100
	2) Angka kematian / kebutaan ≥ 48 jam	2	10,05	2	100
	3) <i>Post Operative Death Rate</i>	2	0	2	100
	4) Angka Infeksi Nosokomial	4	0,7	4	100
	5) Angka kematian Ibu di RumahSakit	2	0,43	2	100
	JUMLAH b	12		12	100
	c. Kepedulian Kepada Masyarakat				
	1) Pembinaan kepada pusat kesehatan masyarakat dan sarana kesehatan lain	1	0,50	0,50	50
	2) Penyuluhan kesehatan	1	0,50	0,50	50
	3) Rasio Tempat Tidur	2	48,46	2	100
	JUMLAH c	4		3	75
	d. Kepuasan Pelanggan				
	1) Penanganan Pengaduan / Komplain	1	100	1	100
	2) Kepuasan Pelanggan	1	105,45	1	100
	JUMLAH d	2		2	100
	e. Kepedulian Terhadap Lingkungan				
	1) Kebersihan Lingkungan (program Rumah Sakit Berseri)	2	2	2	100
	2) Proper Lingkungan	1	1	1	100
	JUMLAH e	3		3	100
	JUMLAH aspek mutu & manfaat kepada masyarakat (a+b+c+d+e)	35		31	88,57
	Total Nilai Bobot	100		70,4	70,4

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

1. Aspek Keuangan dengan skor paling tinggi 30 terdiri dari :

- a. Sub aspek rasio keuangan dengan skor paling tinggi 19
- b. Sub aspek kepatuhan pengelola keuangan BLU dengan skor paling tinggi 11

2. Aspek Pelayanan dengan skor paling tinggi 70 terdiri dari :

- a. Sub aspek layanan dengan skor paling tinggi 35
- b. Sub aspek mutu dan manfaat kepada masyarakat dengan skor paling tinggi 35

Berikut perhitungan capaian kinerja BLUD :

1. Aspek Keuangan

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2021 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1	RASIO KEUANGAN						
a.	Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2	$\frac{98.197.171.617,83}{54.701.134.850,66} \times 100\%$	179,52	1	50	
b.	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,5	$\frac{113.574.312.324,93}{54.701.134.850,66} \times 100\%$	207,62	0,5	20	
c.	Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Periode</i>)	2	$\frac{1.356.663.120.520,50}{315.616.458.319,55} \times 1 \text{ hari}$	4,3	2	100	
d.	Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2	$\frac{246.690.618.183,11}{113.574.312.324,93} \times 100\%$	217,20	2	100	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2021 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
e.	Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	2	$\frac{50.270.132.637,62}{137.822.706.582,06} \times 100\%$	36,47	2	100	
f.	Imbalan Ekuitas (<i>Return on Equity</i>)	2	$\frac{50.270.132.637,62}{197.055.546.211,33} \times 100\%$	25,51	2	100	
g.	Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2	$\frac{8.151.552.358,50}{246.746.626.251,11} \times 365$	12,05	0,5	25	
h.	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap-Biaya Operasional	2,5	$\frac{315.616.458.319,55}{256.974.417.516,76} \times 100\%$	122,82	2,5	100	
i.	Rasio Subsidi Biaya Pasien	2		0	0	0	
		19			12,5	65,78	
2.	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU						
a.	Rencana Bisnis Anggaran (RBA) definitif	2	1) Jadwal Penyusunan 1. Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya 2. Setelah tanggal 31 Desember tahun sebelumnya 2) Kelengkapan 1. Ditandatangani oleh Pemimpin BLU 2. Diketahui oleh dewan pengawas atau pejabat yang ditunjuk oleh menteri / pimpinan lembaga jika BLU tidak mempunyai dewan pengawas 3. Disetujui dan ditandatangani oleh menteri / pimpinan lembaga 4. Kesesuaian format dengan PMK No.92/PMK.05/2011	0,4 0 0,4 0,4 0,4 0,4	2	100	

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

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
e.	Sistem Akutansi	1	1. Sistem Akuntansi Keuangan 2. Sistem Akuntansi Biaya 3. Sistem Akuntansi Aset Tetap	0,6 0,2 0,2	1	100	
f.	Persetujuan Rekening	0,5	1. Rekening Pengelolaan kas 2. Rekening Operasional 3. Rekening Dana Kelolaan	0,1 0,3 0,1	0,5	100	
g.	SOP Pengelolaan Kas	0,5	SOP Pengelolaan Kas	0,5	0,5	100	
h.	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	SOP Pengelolaan Piutang	0,5	0,5	100	
i.	SOP Pengelolaan Utang	0,5	SOP Pengelolaan Utang	0,5	0,5	100	
j.	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5	SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0	0	0	
k.	SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	SOP Pengelolaan Barang + Inventaris	0,5	0,5	100	
		11			8,9	80,9	
Jumlah Skor Aspek Keuangan (1+2)		30			21,4	71,33	

2. Aspek Pelayanan

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS						
a.	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2	$\frac{400.07}{432.64}$	0,92	1	50	
b.	Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2	$\frac{33.44}{47.11}$	0.70	0	0	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pen- dukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
c.	Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	$\frac{39.232}{43.916}$	0.89	0,5	25	
d.	Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2	$\frac{46.26}{41.39}$	1,11	2	100	
e.	Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2	$\frac{1058,46}{1022,13}$	1,04	1,5	75	
f.	Pertumbuhan Operasi	2	$\frac{4.67}{6,40}$	0.73	0	0	
g.	Pertumbuhan Rehab Medik	2	$\frac{96.50}{89,99}$	1,07	1,5	75	
h.	Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran tahun berjalan	2	$\frac{49}{54}$	0,90	0,5	25	
i.	Pertumbuhan Penelitian yang dipublikasikan	2	$\frac{0}{24}$	0	0	0	
		18			7	38,89	
2.	EFEKTIFITAS PELAYANAN						
a.	Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2	$\frac{289}{8109}$	0,03	0	0	
b.	Pengembalian Rekam Medik	2	$\frac{6322}{8109} \times 100\%$	77,96	1,5	75	
c.	Angka Pembatalan Operasi	2	$\frac{34}{1856} \times 100\%$	1,83	1,5	75	
d.	Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	$\frac{38}{10436} \times 100\%$	0.36	2	100	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
e.	Penulisan Resep Sesuai Formularium	2	$\frac{69.289}{75.058} \times 100\%$	92,28	2	100	
f.	Angka Pengulangan Pemeriksaan	2	$\frac{478}{58.013} \times 100\%$	0.82	2	100	
g.	<i>Bed Occupancy Rate (BOR)</i>	2	$\frac{39.232}{365 \times 250} \times 100\%$	42,99	0,5	0,25	
		14			9.5	67,85	
C.	PERTUMBUHAN PEMBELAJARAN						
a.	Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan	1	$\frac{600}{791 \times 20}$	3,79	0,25	16,67	
b.	Prosentase Dokter Pendidik Klinis yang mendapat TOT	1	$\frac{24 \times 100}{35}$	68,57	0,75	75	
b.	Program <i>Reward and Punishment</i>	1	Ada program sebagian dilaksanakan	0,5	0,5	50	
		3			1,5	51,42	

5.2.1 MUTU DAN MANFAAT KEPADA MASYARAKAT

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	MUTU PELAYANAN						
a.	<i>Emergency Response Time Rate</i>	2	$\frac{170}{50}$	3,4 menit	2	100	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
b.	Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	$\frac{7.523}{50}$	150,46 menit	0,5	25	
c..	<i>Length of Stay</i>	2	$\frac{39673}{8109}$	4,89	2	100	
d.	Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	$\frac{2.483}{100}$	24,82 menit	1	50	
e.	Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	2 hari	≤ 1 minggu	1.5	75	
f.	Waktu Tunggu Hasil Laborat	2	$\frac{29072}{297}$	97,89 Menit	2	100	
g.	Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	$\frac{7344}{3672}$	2 jam (120Menit)	2	100	
		14			11	78,57	
2.	MUTU KLINIK						
a.	Angka Kematian Gawat Darurat	2	$\frac{280}{12345} \times 100\%$	2,26	2	100	
b.	Angka Kematian/Kebutaan ≥ 48 Jam	2	$\frac{808}{8039} \times 100\%$	10,05	2	100	
c.	<i>Post Operative Death Rate</i>	2	$\frac{0}{1856} \times 100\%$	0	2	100	
d.	Angka Infeksi Nosokomial	4	$\frac{43}{6127} \times 100\%$	0,7	4	100	
e.	Angka Kematian Ibu di RumahSakit	2	$\frac{0}{233} \times 100\%$	0	2	100	
		12			12	100	
3.	KEPEDULIAN MASYARAKAT						
a.	Pembinaan Kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lain	1	Ada program sebagian dilaksanakan	0,50	0,50	50	

NO	URAIAN	BOBOT NILAI	HASIL PERHITUNGAN			%	KET 2020 (data pendukung)
			DATA	NILAI	BOBOT		
1	2	3	4	5	6	7	8
b.	Penyuluhan Kesehatan	1	Ada program sebagian dilaksanakan	0,50	0,50	50	
c.	RasioTempat Tidur klas III	2	$\frac{13267}{75 \times 365} \times 100\%$	48,46	2	100	
		4			3	75	
4.	KEPUASAN						
a.	Penanganan Pengaduan/ Komplain	1	$\frac{6}{6} \times 100\%$	100	1	100	
b.	Kepuasan Pelanggan	1	$\frac{81,73}{77,50} \times 100\%$	105,45	1	100	
		2			2	100	
5.	KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN						
a.	Kebersihan Lingkungan (Program Rumah Sakit-Bersih)	2	Nilai Total ≥ 7500	2	2	100	
b.	Proper Lingkungan	1	5 Kuningsemua, pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas, serta melaksanakan perbaikan lingkungan dan pelatihan bagi masyarakat	1	1	100	
		3			3	100	
	Jumlah Skor Aspek Pelayanan	70			49,5	70,71	
	Total Bobot Nilai	100	Bobot Nilai yang dicapai		70,4	70,4	

Analisa dari hasil penghitungan capaian kinerja BLUD :

1) Aspek Keuangan

Indikator yang belum terpenuhi yaitu :

- Rasio Kas sebesar 179,52% maka **skor** rasio kas BLUD RSUD Mardi Waluyo adalah **1**, meskipun rasio kas berada pada skor 1 dapat dijelaskan bahwa RSUD Mardi Waluyo cukup mampu mengelola kas.
- Rasio Lancar berada pada skor 0,5 dapat dijelaskan bahwa pendapatan RS 80% berasal dari pasien yang dijamin oleh pihak ke 3 jadi hasil klaim bergantung hasil verifikasi dari pihak ke 3
- Perputaran persediaan berada pada skor 0,5 dengan perputaran persediaan 12,05 hari dapat dijelaskan bahwa dalam kondisi pandemi kebutuhan persediaan terus meningkat.
- Rasio subsidi biaya pasien belum bisa dihitung karena bergantung dari verifikasi pihak penjamin.
- SOP Pengadaan Barang dan Jasa, yang digunakan sebagai dasar dari pengadaan barang dan jasa adalah Perwali No. 2 tahun 2019 tentang Pengadaan Barang / Jasa BLUD pada RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

2) Aspek Pelayanan

a) Pertumbuhan Produktifitas :

- Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan
- Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat
- Pertumbuhan hari perawatan rawat inap
- Pertumbuhan rehab medik
- Pertumbuhan peserta didik
- Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan
- Dari pertumbuhan produktifitas capaian sangat dipengaruhi adanya pandemi covid-19

b) Efektifitas Pelayanan :

- Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan
 - Kurangnya kepatuhan dari dokter atau pihak yang berwenang dalam pengisian berkas rekam medis
 - Perlu sistem agar pengisian berkas rekam medis dapat berjalan dengan baik
- Bed Occupancy rate (BOR) : dipengaruhi oleh banyaknya kasus pasien covid

c) Mutu Pelayanan :

- Waktu tunggu rawat jalan
 - Kehadiran dokter di poli tidak bisa tepat waktu karena juga melaksanakan

tugas di ruang rawat inap

2. Perbandingan Realisasi Kinerja tahun 2020-2021

Tabel 3.4 Perbandingan Realisasi Kinerja Tahun 2020-2021

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target		Realisasi	
		2020	2021	2020	2021
1	2	3	4	5	6
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.	1. Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target	78,8%	78,8%	79,63%	81,31
	2. Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	A	AA	A (66,4)	A (70,4)

3. Perbandingan Realisasi Kinerja s.d Akhir Periode Renstra

Tabel 3.5 Perbandingan Realisasi Kinerja s.d Akhir Periode Renstra

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Target Akhir RENSTRA	Realisasi	Tingkat Kemajuan
1	2	3	4	5	6
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target	78,8%	81,31%	103,18%
		2) Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	AA (81)	A (70,4)	86,91

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

Tabel 3.6 Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Nasional (Target SPM)

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Realisasi Tahun 2021	Realisasi Nasional/ Realisasi SPM	Ket
1	2	3	4	5	6
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) yang mencapai target	81,31%	88,54%	Realisasi daerah dibawah realisasi nasional. (Capaian SPM RSUD dr. Soetomo Surabaya)

B. AKUNTABILITAS KEUANGAN (COST per OUTCOME)

1. Alokasi Per Sasaran Pembangunan

Tabel 3.7 Alokasi Per Sasaran Pembangunan

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	Anggaran	% Anggaran
1	2	3	4	5
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target 2) Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA = TS>95 AA = 80<TS≤95 A = 65<TS≤80	223.172.662.547,00	100 %

2. Pencapaian Kinerja dan Anggaran Belanja Tahun 2021

Tabel 3.8 Pencapaian Kinerja dan Anggaran Belanja Tahun 2021

Tujuan / Sasaran / Kinerja Utama	Indikator	Kinerja			Program/Kegiatan	Anggaran		
		Target	Realisasi	Capaian		Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	Capaian
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target	78.8%	81,31%	103,18%	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat (DAK dan DBHCHT)	16.848.112.000,00	15.945.819.691,44	94,64
	2) Capaian evaluasi kinerja BLUD	AA (81)	A (70,4)	86,91%	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	206.324.550.547,00	220.522.992.711,41	106,88
	AAA =TS>95 AA =80<TS≤95 A =65<TS≤80							
Rata-rata capaian kinerja				95,04%	Capaian Anggaran			105,95
PENDAPATAN								184,74

2. Efisiensi Penggunaan Sumber Daya

Tabel 3.9 Efisiensi penggunaan anggaran

NO	Sasaran Strategis	Indikator Kinerja	% Capaian Kinerja	% Penyerapan Anggaran	Tingkat Efisiensi
1	2	3	4	5	6
1	Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	1. Persentase Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target 2. Capaian evaluasi kinerja BLUD AAA =TS>95 AA =80<TS≤95 A =65<TS≤80	95,04	105,95	0,89

Tingkat efisiensi penggunaan sumber daya sebagai berikut :

- Dari tabel diatas menunjukkan bahwa untuk sasaran **“Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat”**, tingkat efisiensi penggunaan sumber daya sebesar 0,89% dapat dikatakan belum efisien (untuk mencapai kinerja sebesar 95,04% membutuhkan anggaran sebesar 105,95%), hal ini dapat dijelaskan sebagai berikut :
 - RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar sebagai Badan Layanan Umum mempunyai kewenangan mengelola sendiri dana yang diperoleh dari layanan kesehatan artinya apabila anggaran belanja sudah habis dan terdapat kebutuhan yang sifatnya urgen maka rumah sakit dapat menggunakan nilai ambang batas (NAB) sebesar 20% dari anggaran belanja.
 - Anggaran belanja BLUD yang sifatnya urgen terdapat di bagian keuangan yaitu di pos belanja jasa layanan kesehatan dan di bidang penunjang medis yaitu di pos belanja bahan kimia, belanja obat-obatan, dan belanja obat-obatan lainnya.

C. PRESTASI/PENGHARGAAN

Dalam penanganan pasien covid-19 RSUD Mardi Waluyo mendapat penghargaan Juara 1 dari Dinas Kesehatan Kota Blitar sebagai rumah sakit terbaik dalam penanganan pasien covid-19.

BAB IV PENUTUP

4.1 KESIMPULAN

Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) Tahun 2021 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta kewenangan pengelolaan sumber daya dan pelaksanaan kebijakan yang dipercayakan kepada RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar berkaitan dengan penyelenggaraan Pemerintah Tahun 2021. Laporan LKjIP juga sebagai alat kendali, penilai kinerja dan sebagai pendorong perwujudan Good Governance serta merupakan bentuk pertanggungjawaban kepada publik yang meliputi perencanaan kinerja, pengukuran kinerja, pelaporan kinerja, evaluasi kinerja dan pencapaian sasaran organisasi.

Dari analisis dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan keterkaitan dalam pencapaian kinerja kegiatan dengan program dan kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi dan misi yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja RSUD Mardi Waluyo Tahun 2021 dapat dikatakan tinggi, walaupun masih banyak kendala / hambatan dalam pelaksanaannya. Untuk pelaksanaannya dimasa mendatang perlu ditingkatkan sehingga dapat diperoleh hasil yang lebih baik.

Pada tahun 2021 dimana masa pandemi masih berlanjut, terdapat beberapa masalah yang harus dihadapi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar, yaitu :

1. Penurunan kunjungan pasien non covid-19 di unit / instalasi pelayanan;
2. Melonjaknya kasus covid 19 selama tahun 2021 terutama bulan Juli – Agustus 2021;
3. Keterbatasan ketersediaan sumber daya profesional, terlebih kondisi terpapar Covid-19 dan harus menjalani pengobatan atau isolasi mandiri;
4. Perlunya peningkatan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM).

4.2 LANGKAH PERBAIKAN

Strategi yang harus dijalankan untuk mengatasi permasalahan adalah :

1. Penurunan kunjungan pasien non covid-19 di unit / instalasi pelayanan

Strategi :

- Memberikan edukasi kepada pasien yang datang ke poli untuk tidak takut datang ke rumah sakit guna pemeriksaan kesehatan;
- 2. Melonjaknya kasus covid 19 selama tahun 2021 terutama bulan Juli – Agustus 2021;

Strategi :

- Menerapkan protokol kesehatan secara ketat baik karyawan maupun pasien;
 - Pemberlakuan screening bagi pasien dan keluarga pasien untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dan keluarga pasien sebelum masuk poli.
3. Keterbatasan ketersediaan sumber daya profesional, terlebih kondisi terpapar Covid-19 dan harus menjalani pengobatan atau isolasi mandiri

Strategi :

- Mengadakan rekrutmen tenaga relawan guna mencukupi kekurangan tenaga kesehatan
4. Perlunya peningkatan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)
- Strategi :
- Meningkatkan kualitas dan kuantitas SDM
 - Mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan

Demikian beberapa hal yang dapat disampaikan dalam Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKjIP) RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar tahun 2021, semoga dapat memberikan penjelasan terhadap gambaran atas pelaksanaan program dan kegiatan pada RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi dan memberikan petunjuk kepada kita sehingga memiliki kekuatan dan kemampuan untuk bersama-sama meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan visi dan misi RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar menuju kesejahteraan masyarakat Kota Blitar.

Blitar, 15 Februari 2022
DIREKTUR
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR



dr. MUHAMMAD MUCHLIS, M.MRS
Pembina Utama Muda
NIP. 19650912 200212 1 004

LAMPIRAN

MATRIKS RENSTRA RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR TAHUN 2016-2021

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

Blitar, 15 Februari 2022
 Direktur RSUD Mardi Waluyo
 Kota Blitar

dr. MUHAMMAD MUCHLIS, M.MRS
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19650912 200212 1 004

**RENCANA KINERJA TAHUNAN
RSUD MARDI WALUYO KOTA BLITAR
TAHUN 2021 DAN PRAKIRAAN TAHUN 2022**

NO .	Urusan / Bidang Urusan Pemerintahan daerah dan Program / Kegiatan	Indikator Kinerja Program (outcome) dan Kegiatan (output)	Rencana Tahun 2021				Prakiraan Rencana Tahun 2022	
			Lokasi	Target Capaian Kinerja	Kebutuhan Dana / Pagu	Sumber Dana	Target Capaian Kinerja	Kebutuhan Dana / Pagu
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	PROGRAM PENGADAAN, PENINGKATAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT/ RUMAH SAKIT JIWA / RUMAH SAKIT PARU-PARU	Prosentase peningkatan Sarana Prasarana Rumah Sakit	Kota Blitar	80%	52.187.272.100,00	DAK	80%	52.187.272.100,00
	Pengadaan alkes RS, peningkatan pelayanan kesehatan RSUD Mardi Waluyo (DAK)	Jumlah alat-alat kesehatan Rumah sakit (DAK)		65 jenis	32.187.272.100,00	DAK	65 Jenis	32.187.272.100,00
		Jumlah gedung rumah sakit yang terbangun		1 unit	20.000.000.000,00	APBD	1 unit	20.000.000.000,00
2	PROGRAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN BLUD	Prosentase peningkatan pencapaian SPM	Kota Blitar	100%	117.128.000.000,00	BLUD	100%	117.128.000.000,00
	Pelayanan dan Pendukung Pelayanan Kesehatan RSUD Mardi Waluyo	Jumlah Jenis Pelayanan Administrasi RS		350 jenis	17.911.396.600,00		350 jenis	17.911.396.600,00
		Jumlah Bulan Penerimaan Jasa		12 bulan	53.661.604.700,00		12 bulan	53.661.604.700,00
		Jumlah SDM yang mengikuti Diklat/Seminar/Simpodium		130 orang	2.086.966.200,00		150 orang	2.086.966.200,00

		Jumlah jenis Sarana Prasarana RS		150 jenis	1.253.080.600,00		150 jenis	1.253.080.600,00
		Jumlah jenis Alat Kesehatan		20 jenis	1.1915.459.700,00		20 jenis	1.1915.459.700,00
		Jumlah Jenis Obat-obatan, Bahan Kimia RS		1.700 jenis	40.299.492.200,00		700 jenis	40.299.492.200,00
3	PROGRAM PEMBINAAN LINGKUNGAN SOSIAL (DBHCHT BIDANG KESEHATAN)	Prosentase terpenuhinya alat-alat kesehatan jantung dan paru	Kota Blitar	100%	4.680.498.440,00		100%	4.680.498.440,00
	Peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan penyediaan fasilitas perawatan kesehatan bagi penderita akibat dampak asap rokok	Jumlah penyediaan alat kesehatan RS (alat kesehatan paru dan jantung)		35 jenis	4.680.498.440,00		35 jenis	4.680.498.440,00



 DIREKTUR RSUD MARDI WALUYO
 KOTA BLITAR
 RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH
 MARDI WALUYO
dr. MUHAMMAD MUCHLIS, M.MRS
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19650912 200212 1 004

PENGUKURAN KINERJA PERANGKAT DAERAH

Perangkat Daerah : RSUD Mardi Waluyo Kota Blitar

Tahun : 2021

Tujuan / Sasaran / Kinerja Utama	Indikator	Kinerja			Program	Anggaran		
		Target	Realisasi	Capaian		Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	Capaian
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan masyarakat	2) Persentase Indikator Standart Pelayanan Minimal (SPM) Yang Mencapai target	78.8%	81,31%	103,18%	Program Penunjang Urusan Pemerintahan Daerah Kab/Kota	206.324.550.547,00	220.522.992.711,41	106,88
	3) Capaian evaluasi kinerja BLUD	AA(81)	A(70,4)	86,91%	Program Pemenuhan Upaya Kesehatan Perorangan Dan Upaya Kesehatan Masyarakat	16.848.112.000,00	15.945.819.691,44	94,64
	AAA =TS>95 AA =80<TS≤95 A =65<TS≤80							


 DIREKTUR RSUD MARDI WALUYO
 KOTA BLITAR
dr. MUHAMMAD MUCHLIS, M.MRS
 Pembina Utama Muda
 NIP. 19650912 200212 1 004