



**RSKO  
JAKARTA**



**GERMAS**  
Gerakan Masyarakat  
Hidup Sehat



**Kemenkes**  
**RSKO Jakarta**



# LAPORAN

## Semester 1 Tahun 2023

### Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta

Jalan Lapangan Tembak No. 75 Cibubur, Jakarta Timur 13720  
Telepon (021) 87711968 - 69 (Hunting) Faximile (021) 87711970  
[www.rsko-jakarta.com](http://www.rsko-jakarta.com) E-mail : [rskojakarta@yahoo.co.id](mailto:rskojakarta@yahoo.co.id)



TERAKREDITASI PARIPURNA  
KARS

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga kita dapat melalui semester I tahun 2023 dengan baik, juga telah dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Semester I Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta Tahun 2023.

Laporan Semester I Tahun 2023 merupakan bentuk pertanggungjawaban atas penyelenggaraan dan pengelolaan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta berdasarkan standar pelayanan minimum perumahsakit dan standar pelayanan medik menuju pelayanan yang ramah, sigap, kasih dan optimis demi mewujudkan pelayanan yang optimal. Laporan Semester I Tahun 2023 ini juga merupakan salah satu media informasi yang memuat seluruh aktivitas pelayanan khususnya penanggulangan bagi penyalahguna NAPZA yang bersifat prevensi, promosi, kuratif dan rehabilitasi serta kegiatan manajemen dan sebagai bahan monitoring dan evaluasi terhadap kinerja Rumah Sakit Ketergantungan Obat Semester I Tahun 2023.

Kami menyadari sepenuhnya bahwa di dalam penyusunan laporan ini masih banyak terdapat kekurangan, oleh karena itu kami mengharapkan saran yang konstruktif, edukatif demi perbaikan di masa mendatang.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh unit kerja yang telah membantu dalam mengumpulkan data dan laporannya masing-masing. Sehingga tersusun **“Buku Laporan Semester I RSKO Jakarta Tahun 2023”** dan semoga buku laporan ini dapat bermanfaat bagi kita semua.



Jakarta,  
Direktur Utama

dr. Yuwanda Nova, SH, MH, MARS  
NIP. 407711112006041002

## **EXECUTIVE SUMMARY**

Laporan Semester I ini secara umum menunjukkan pencapaian kinerja selama Semester I tahun 2023 sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. Sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang mengemban tugas pokok melaksanakan pelayanan usaha kesehatan jiwa, pencegahan dan pemulihan untuk penderita ketergantungan obat dan penyalahgunaan obat, sesuai dengan peraturan dan perundang – undangan yang berlaku.

Capaian Kinerja Pelayanan, untuk kunjungan rawat jalan pada Semester I tahun 2023 sebanyak 18.607 kunjungan pasien dan untuk Jumlah Hari Rawat Inap sebanyak 15.280 sedangkan untuk Bed Occupancy Rate (BOR) terealisasi dengan nilai 84,1.

Capaian Kinerja Keuangan Semester I tahun 2023 melalui program pembinaan upaya kesehatan dengan total pagu anggaran sebesar Rp74.404.131.000,- yang terdiri dari anggaran Rupiah Murni (RM) Rp44.154.131.000,- dengan penyerapan anggaran sebesar Rp20.856.175.220,- atau terserap 47,23% dari alokasi dan anggaran Badan Layanan Umum (BLU) Rp30.250.000.000,- dengan penyerapan sebesar Rp9.821.067.062,- atau terserap 32,47% dari alokasi sedangkan untuk pendapatan dari target Rp30.250.000.000,- realisasi telah mencapai Rp11.252.705.399,- atau tercapai 37,20% dari target.

Berdasarkan Lampiran I Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan PER-24/PB/2018 tentang Tata Cara Perhitungan Kinerja BLU Bidang Layanan Kesehatan pada Rumah Sakit, hasil perhitungan indikator kinerja keuangan, kinerja layanan serta kinerja mutu dan manfaat bagi masyarakat Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta semester I tahun 2023 memperoleh total nilai skor kinerja sebesar **85,19**, sehingga tingkat kesehatan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta digolongkan dalam kelompok kriteria RS **BAIK “AA”**.

## DAFTAR ISI

|                                                                          | Halaman |
|--------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>KATA PENGANTAR</b> .....                                              | i       |
| <b>EXECUTIVE SUMMARY</b> .....                                           | ii      |
| <b>DAFTAR ISI</b> .....                                                  | iii     |
| <b>DAFTAR GAMBAR</b> .....                                               | v       |
| <b>DAFTAR TABEL</b> .....                                                | v       |
| <b>DAFTAR GRAFIK</b> .....                                               | vi      |
| <br><b>BAB I PENDAHULUAN</b>                                             |         |
| 1.1 Latar Belakang .....                                                 | 1       |
| 1.2 Maksud dan Tujuan .....                                              | 1       |
| 1.3 Sistematika Penulisan .....                                          | 2       |
| <br><b>BAB II ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN</b>                            |         |
| 2.1 Hambatan Tahun Lalu .....                                            | 3       |
| 2.2 Kelembagaan .....                                                    | 3       |
| 2.2.1 Struktur Organisasi .....                                          | 4       |
| 2.2.2 Tugas dan Fungsi .....                                             | 7       |
| 2.2.3 Sumber Daya Manusia .....                                          | 8       |
| 2.3 Sarana dan Prasarana .....                                           | 10      |
| 2.4 Dana .....                                                           | 11      |
| <br><b>BAB III TUJUAN DAN SASARAN KERJA</b>                              |         |
| 3.1 Dasar Hukum .....                                                    | 12      |
| 3.2 Tujuan, Sasaran dan Indikator .....                                  | 12      |
| 3.2.1 Tujuan .....                                                       | 13      |
| 3.2.2 Sasaran .....                                                      | 13      |
| 3.2.3 Indikator .....                                                    | 13      |
| 3.2.3.1 Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB) ..... | 13      |
| 3.2.3.2 Indikator Kinerja BLU .....                                      | 18      |
| 3.2.3.3 Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama .....            | 21      |
| 3.2.3.4 Indikator Terpilih (IKT) .....                                   | 23      |
| 3.2.3.5 Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) .....                  | 23      |



**BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN**

|      |                                              |    |
|------|----------------------------------------------|----|
| 4.1. | Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran ..... | 24 |
| 4.2. | Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi .....    | 25 |
| 4.3. | Upaya Tindak Lanjut .....                    | 26 |

**BAB V HASIL KERJA**

|        |                                                                                |     |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.1.   | Pencapaian Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB)....      | 27  |
| 5.1.1. | Perspektif Keuangan .....                                                      | 29  |
| 5.1.2. | Perspektif Pelanggan .....                                                     | 32  |
| 5.1.3. | Perspektif Bisnis Internal .....                                               | 35  |
| 5.1.4. | Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran .....                                  | 71  |
| 5.2.   | Pencapaian Indikator Kinerja BLU .....                                         | 77  |
| 5.2.1. | Pencapaian Kinerja BLU Aspek Keuangan .....                                    | 77  |
| 5.2.2. | Pencapaian Kinerja BLU Aspek Layanan .....                                     | 78  |
| 5.2.3. | Pencapaian Kinerja BLU Aspek Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat .....          | 79  |
| A.     | Analisa Capaian Indikator Aspek Keuangan .....                                 | 83  |
| B.     | Analisa Capaian Indikator Aspek Layanan .....                                  | 90  |
| C.     | Analisa Capaian Indikator Aspek Mutu dan Manfaat pada Masyarakat .....         | 98  |
| 5.3.   | Pencapaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama .....               | 107 |
| 5.4.   | Pencapaian Indikator Terpilih (IKT) .....                                      | 108 |
| 5.5.   | Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) .....                     | 111 |
| 5.6.   | Pencapaian Kinerja Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang ..... | 117 |
| 5.6.1. | Pencapaian Kinerja Instalasi Rawat Jalan .....                                 | 117 |
| 5.6.2. | Pencapaian Kinerja Instalasi Gawat Darurat .....                               | 123 |
| 5.6.3. | Pencapaian Kinerja Instalasi Rawat Inap .....                                  | 125 |
| 5.6.4. | Pencapaian Kinerja Instalasi Farmasi .....                                     | 129 |
| 5.6.5. | Pencapaian Kinerja Instalasi Laboratorium .....                                | 130 |
| 5.6.6. | Pencapaian Kinerja Instalasi Radiologi .....                                   | 132 |
| 5.6.7. | Pencapaian Kinerja Instalasi Gizi .....                                        | 134 |
| 5.7.   | Pencapaian Kinerja Direktorat SDM, Keuangan dan Umum .....                     | 136 |
| 5.7.1. | Pencapaian Kinerja Pelayanan Pendidikan dan Penelitian .....                   | 136 |
| 5.8.   | Pencapaian Kinerja Direktorat SDM, Keuangan dan Umum .....                     | 142 |
| 5.8.1. | Pencapaian Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR) .....              | 142 |

|               |                                                                        |            |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|------------|
| 5.8.2.        | Pencapaian Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran Rumah Sakit ..... | 144        |
| 5.8.3.        | Realisasi Anggaran .....                                               | 149        |
| 5.8.4.        | Upaya untuk meraih WTP dan Zona Integritas .....                       | 152        |
| <b>BAB VI</b> | <b>PENUTUP</b> .....                                                   | <b>153</b> |

## DAFTAR GAMBAR

|                                                  | Halaman |
|--------------------------------------------------|---------|
| Gambar 2.1 Struktur Organisasi RSKO Jakarta..... | 4       |

## DAFTAR TABEL

|            |                                                                      |     |
|------------|----------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabel 2.1  | Sumber Daya Manusia .....                                            | 8   |
| Tabel 2.2  | Keadaan Barang Milik Negara .....                                    | 10  |
| Tabel 2.3  | Pagu Anggaran Berdasarkan Sumber Dana .....                          | 11  |
| Tabel 3.1  | Indikator Kinerja Utama RSB .....                                    | 17  |
| Tabel 3.2  | Indikator Kinerja BLU Aspek Keuangan .....                           | 18  |
| Tabel 3.3  | Indikator Kinerja BLU Aspek Layanan .....                            | 19  |
| Tabel 3.4  | Indikator Kinerja BLU Aspek Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat ..... | 20  |
| Tabel 3.5  | Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama .....                | 22  |
| Tabel 3.6  | Indikator Kinerja Terpilih (IKT) .....                               | 23  |
| Tabel 3.7  | Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM) .....                      | 23  |
| Tabel 5.1  | Capaian Indikator Kinerja Utama RSB .....                            | 27  |
| Tabel 5.2  | Penilaian Kinerja BLU Aspek Keuangan .....                           | 77  |
| Tabel 5.3  | Penilaian Kinerja BLU Aspek Layanan .....                            | 78  |
| Tabel 5.4  | Penilaian Kinerja BLU Aspek Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat ..... | 79  |
| Tabel 5.5  | Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama .....      | 107 |
| Tabel 5.6  | Penilaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) .....                     | 108 |
| Tabel 5.7  | Pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) .....                     | 111 |
| Tabel 5.8  | Kinerja Instalasi Rawat Jalan .....                                  | 118 |
| Tabel 5.9  | Jumlah Kunjungan Per Jenis Kegiatan Psikososial .....                | 120 |
| Tabel 5.10 | Rekapitulasi Pelayanan MCU .....                                     | 120 |
| Tabel 5.11 | Jumlah Kunjungan Gawat Darurat .....                                 | 124 |
| Tabel 5.12 | Kinerja Instalasi Rawat Inap .....                                   | 126 |
| Tabel 5.13 | Jumlah Pengunjung Rehabilitasi .....                                 | 127 |
| Tabel 5.14 | Pemeriksaan Laboratorium .....                                       | 131 |

|            |                                                             |     |
|------------|-------------------------------------------------------------|-----|
| Tabel 5.15 | Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Radiologi .....             | 133 |
| Tabel 5.16 | Perbandingan Jenis Pelayanan Gizi RSKO Jakarta .....        | 134 |
| Tabel 5.17 | Perbandingan Kegiatan Instalasi Diklit RSKO Jakarta .....   | 137 |
| Tabel 5.18 | Jumlah Buku/Majalah/Jurnal Yang Diterima Perpustakaan ..... | 141 |
| Tabel 5.19 | Jenis Kegiatan Instalasi Pemeliharaan Sarana .....          | 142 |

### DAFTAR GRAFIK

|             | Halaman                                                                                                                  |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grafik 2.1  | Ketenagaan Berdasarkan Jabatan RSKO Jakarta ..... 9                                                                      |
| Grafik 2.2  | Ketenagaan Berdasarkan Golongan RSKO Jakarta ..... 9                                                                     |
| Grafik 2.3  | Ketenagaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan RSKO Jakarta ..... 10                                                          |
| Grafik 2.4  | Keadaan Barang Milik Negara ..... 11                                                                                     |
| Grafik 5.1  | Persentase Perbandingan antara Kas dan Setara Kas terhadap Kewajiban Jangka Pendek ..... 29                              |
| Grafik 5.2  | Rasio POBO ..... 31                                                                                                      |
| Grafik 5.3  | Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan ..... 32                                                            |
| Grafik 5.4  | Kecepatan penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis $\leq 1 \times 24$ jam ..... 33                                 |
| Grafik 5.5  | Persentase Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien ..... 34                                                                    |
| Grafik 5.6  | Jumlah Penambahan/Pengembangan Layanan Adiksi ..... 35                                                                   |
| Grafik 5.7  | Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup ..... 36                                          |
| Grafik 5.8  | Kepatuhan terhadap Clinical Pathway ..... 37                                                                             |
| Grafik 5.9  | Jumlah jejaring dalam layanan, pendidikan dan penelitian gangguan Napza dan adiksi lainnya ..... 38                      |
| Grafik 5.10 | Jumlah presentasi ilmiah yang dilakukan petugas RSKO yang dipublikasikan secara nasional dan/atau internasional ..... 39 |
| Grafik 5.11 | Tingkat akreditasi nasional ..... 40                                                                                     |
| Grafik 5.12 | Tingkat kesehatan RS ..... 41                                                                                            |
| Grafik 5.13 | Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ..... 44                                                         |
| Grafik 5.14 | Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik ..... 44                                                                  |
| Grafik 5.15 | Ketepatan waktu visite dokter ..... 45                                                                                   |
| Grafik 5.16 | Waktu tunggu pasien masuk ruang MPE(Medic Psychiatric Evaluation) <6jam ..... 46                                         |
| Grafik 5.17 | Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal ..... 47                                           |
| Grafik 5.18 | Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar ..... 48                    |

|             |                                                                                                                                                                                 |     |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Grafik 5.19 | Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal .....                                                                                                              | 49  |
| Grafik 5.20 | Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran .....                                                      | 50  |
| Grafik 5.21 | Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) .....                                                                            | 51  |
| Grafik 5.22 | Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right .....                                                                                                    | 52  |
| Grafik 5.23 | Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator .....                                                                | 53  |
| Grafik 5.24 | Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol .....                                                                             | 54  |
| Grafik 5.25 | Kepatuhan kebersihan tangan .....                                                                                                                                               | 55  |
| Grafik 5.26 | Kepatuhan penggunaan APD .....                                                                                                                                                  | 56  |
| Grafik 5.27 | Kepatuhan identifikasi pasien .....                                                                                                                                             | 57  |
| Grafik 5.28 | Waktu tunggu rawat jalan .....                                                                                                                                                  | 58  |
| Grafik 5.29 | Penundaan detoksifikasi .....                                                                                                                                                   | 59  |
| Grafik 5.30 | Pelaporan hasil kritis laboratorium .....                                                                                                                                       | 60  |
| Grafik 5.31 | Kepatuhan penggunaan formularium nasional .....                                                                                                                                 | 61  |
| Grafik 5.32 | Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh .....                                                                                                                            | 62  |
| Grafik 5.33 | Kecepatan waktu tanggap komplain .....                                                                                                                                          | 63  |
| Grafik 5.34 | Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital .....                                                                                                  | 64  |
| Grafik 5.35 | Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi. .... | 65  |
| Grafik 5.36 | Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan .....                                                   | 66  |
| Grafik 5.37 | Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU .....                                                                                                                                | 67  |
| Grafik 5.38 | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni .....                                                                                                                      | 68  |
| Grafik 5.39 | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU .....                                                                                                                        | 69  |
| Grafik 5.40 | Persentase nilai EBITDA Margin (RS Type 3) .....                                                                                                                                | 70  |
| Grafik 5.41 | Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan .....                                                                                                                                 | 71  |
| Grafik 5.42 | Persentase pegawai yang dikembangkan kompetensinya .....                                                                                                                        | 72  |
| Grafik 5.43 | Persentase kehandalan sarana, prasarana dan fasilitas .....                                                                                                                     | 73  |
| Grafik 5.44 | Persentase pemanfaatan sistem informasi manajemen RSKO yang terintegrasi .....                                                                                                  | 74  |
| Grafik 5.45 | Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar .....                                                                                                                              | 75  |
| Grafik 5.46 | Persentase integrasi data antrian pendaftaran, dan Medical Record .....                                                                                                         | 76  |
| Grafik 5.47 | Jumlah Kunjungan Rawat Jalan .....                                                                                                                                              | 118 |
| Grafik 5.48 | Jumlah Kunjungan Metadon .....                                                                                                                                                  | 119 |
| Grafik 5.49 | Jumlah Kunjungan Metadon .....                                                                                                                                                  | 119 |



|             |                                                                |     |
|-------------|----------------------------------------------------------------|-----|
| Grafik 5.50 | Jenis Pembayaran Pasien MCU .....                              | 121 |
| Grafik 5.51 | Jumlah Kunjungan IGD .....                                     | 124 |
| Grafik 5.52 | Kunjungan Rawat Inap .....                                     | 126 |
| Grafik 5.53 | Hari Perawatan .....                                           | 126 |
| Grafik 5.54 | Lama Rawat .....                                               | 127 |
| Grafik 5.55 | Jumlah Penerimaan Resep Farmasi .....                          | 129 |
| Grafik 5.56 | Pelatihan dan Pendidikan dalam bidang Napza dan HIV/AIDS ..... | 138 |
| Grafik 5.57 | Penelitian dan Pengembangan dalam bidang Napza .....           | 138 |
| Grafik 5.58 | Pendidikan dan Praktek Kerja bagi Pelajar dan Mahasiswa .....  | 138 |
| Grafik 5.59 | Jumlah Kunjungan dan Peminjam Buku Perpustakaan .....          | 140 |
| Grafik 5.60 | Jenis Pengunjung Perpustakaan .....                            | 140 |
| Grafik 5.61 | Volume Kegiatan Per Jenis Kegiatan IPSRS .....                 | 143 |
| Grafik 5.62 | Total Alokasi dan Realisasi Anggaran .....                     | 149 |
| Grafik 5.63 | Alokasi dan Realisasi Anggaran Rupiah Murni .....              | 150 |
| Grafik 5.64 | Alokasi dan Realisasi Anggaran BLU .....                       | 151 |



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Penyusunan Laporan Berkala dari tiap organisasi merupakan kewajiban yang harus dilakukan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan pasal 942 bahwa setiap pimpinan unit organisasi harus mengikuti dan mematuhi petunjuk serta bertanggungjawab pada atasan masing-masing dan menyampaikan laporan kinerja secara berkala tepat pada waktunya.

Laporan berkala ini dimaksudkan untuk mengetahui dan menilai sejauh mana pencapaian kinerja yang telah dilaksanakan suatu organisasi sebagai laporan pelaksanaan tugas dan fungsi Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta yang memuat perkembangan dan hasil pencapaian kinerja baik kegiatan maupun anggaran dalam kurun waktu semester maupun tahunan.

Laporan berkala berisi uraian yang lebih menyeluruh mengenai kondisi sumber daya (sumber daya manusia, sarana prasarana dan dana/anggaran), hasil kegiatan program, pencapaian kinerja dan masalah, hambatan serta terobosan sebagai upaya pemecahan masalah dalam pelaksanaan kegiatan dan program.

Dalam rangka meningkatkan penyelenggaraan pemerintahan yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggung jawab, serta sebagai wujud pertanggungjawaban instansi pemerintahan yang baik, maka disusun laporan Semester I tahun 2023.

#### **1.2. Maksud dan Tujuan Laporan**

Laporan Semester I tahun 2023 Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta ini bertujuan untuk melaporkan kinerja Semester I tahun 2023 yang berisi pertanggungjawaban keberhasilan maupun kegagalan pelaksanaan program dan kegiatan yang telah diamanatkan dalam rangka mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran/target kinerja yang telah ditetapkan melalui program dan kegiatan yang dilaksanakan di RSKO dalam mencapai tujuan/sasaran strategis rumah sakit sesuai Visi Misi yang diamanatkan dalam Rencana Strategis Lima Tahunan.



### 1.3. Sistematika Penulisan

Ruang lingkup penulisan Laporan Semester I tahun 2023 Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta ini yaitu :

- **BAB I : Pendahuluan**  
menjelaskan tentang Latar belakang, Maksud dan Tujuan Laporan, Ruang Lingkup Laporan.
- **BAB II : Analisis Situasi Awal Tahun**  
Menjelaskan tentang Situasi Awal Tahun, Hambatan Tahun Lalu, Kelembagaan, dan Sumber Daya
- **BAB III : Tujuan dan Sasaran Kerja**  
Berisi tentang Dasar Hukum, Tujuan, Sasaran dan Indikator
- **BAB IV : Strategi Pelaksanaan**  
Menjelaskan tentang Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran, Hambatan Dalam Pelaksanaan Strategi, Upaya Tindak Lanjut
- **BAB V : Hasil Kerja**  
Menjelaskan tentang Pencapaian Target Kinerja, kendala dan permasalahan serta rencana pemecahan masalah, Realisasi Anggaran serta upaya untuk meraih predikat Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dan Zona Integritas
- **BAB VI : Penutup**

## BAB II

### ANALISIS SITUASI AWAL TAHUN

#### 2.1. Hambatan Tahun Lalu

Dalam melaksanakan kegiatan di Semester I tahun 2022 RSKO Jakarta menghadapi beberapa tantangan dan hambatan yang berpengaruh pada pencapaian kinerja secara menyeluruh diantaranya:

1. Adanya implementasi Permenkes Nomor 4 tahun 2020 tentang penyelenggaraan Institusi Penerima Wajib Lapori Pecandu Narkotika yang mewajibkan pasien memiliki kartu PBI (Penerima Bantuan Iuran) menjadi kendala bagi sebagian pasien sehingga akhirnya mereka beralih menjadi pasien non jaminan hal ini mengakibatkan menurunnya daya beli pasien sehingga tidak semua resep yang diberikan dapat ditebus oleh pasien;
2. Terbatasnya alokasi anggaran peningkatan Pendidikan dan ketrampilan SDM yang berasal dari Anggaran Badan Layanan Umum akibat masih belum optimalnya realisasi pendapatan BLU;
3. Kurangnya disiplin pegawai dalam bekerja agar mendukung pelayanan optimal;
4. Kurang optimalnya pemantauan utilisasi peralatan penunjang medik untuk mendukung pelayanan;
5. Kurang aktifnya pegawai dalam melakukan kegiatan promosi dan pemasaran untuk mendukung pencapaian target kinerja;
6. Kurang optimalnya pengkajian MOU yang telah ada untuk lebih ditingkatkan substansi dalam mendukung pemanfaatan pelayanan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta.

#### 2.2. Kelembagaan

Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta adalah satu-satunya rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI yang bergerak dalam penatalaksanaan pasien penyalahgunaan Napza dan penyakit yang menyertainya. Dimana Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta selalu melakukan pengembangan pelayanan maupun organisasi manajemen seiring dengan tuntutan zaman dan masyarakat agar dapat memberikan pelayanan yang optimal. Visi Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta adalah: **“Menjadi Pusat Rujukan Nasional Dalam Bidang Ketergantungan Obat dan Adiksi Lainnya Tahun 2024 dalam rangka Mendukung Pembangunan Sumber Daya Manusia”**.

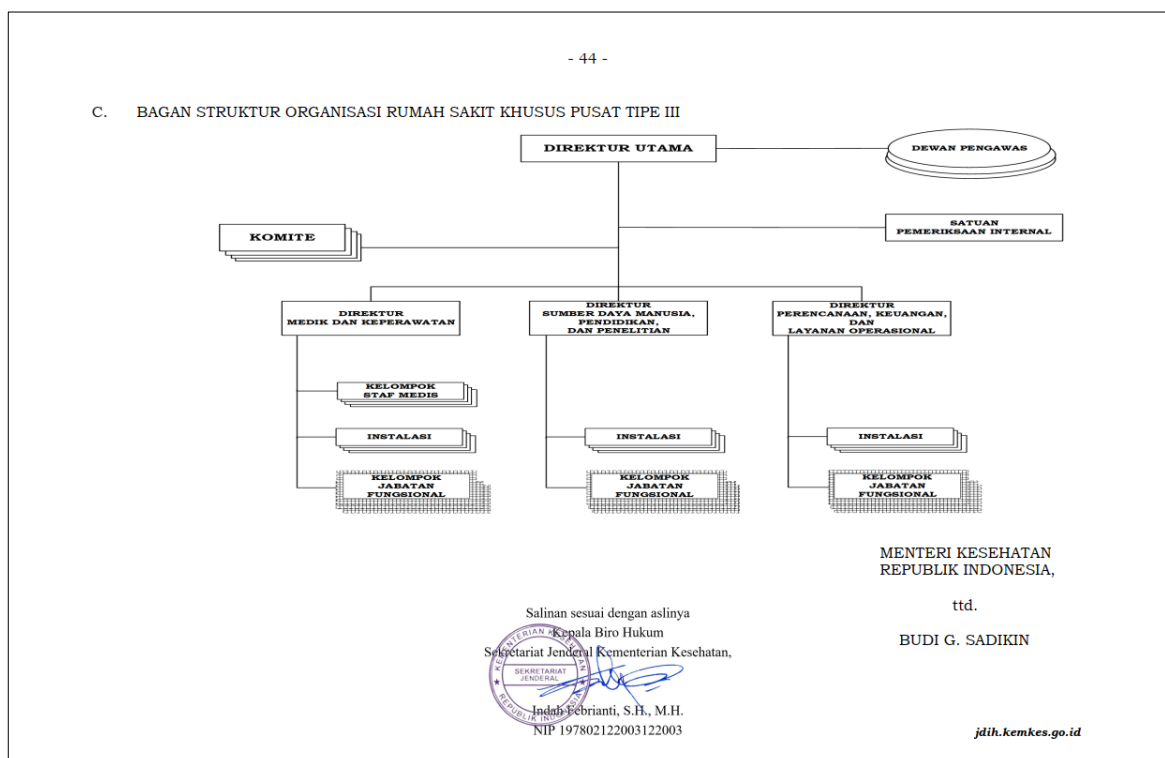
Untuk mencapai Visi tersebut, telah ditetapkan misi-misi yang harus diemban atau dilaksanakan oleh Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta, yaitu :

1. Menyelenggarakan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam bidang ketergantungan obat dan adiksi lainnya serta penyakit terkait secara komprehensif berbasis mutu dan keselamatan pasien;
2. Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan dan sertifikasi dalam bidang ketergantungan obat dan adiksi lainnya;
3. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan dalam bidang ketergantungan obat dan adiksi lainnya.

### 2.2.1. Struktur Organisasi

Organisasi Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Berikut adalah struktur organisasi dan tata kerja RS Ketergantungan Obat Jakarta:

Gambar 2.1. Struktur Organisasi dan Tata Kerja



Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta memiliki satu orang pejabat pengawas dan dipimpin oleh seorang Direktur Utama serta tiga orang Direktur Teknis, dengan susunan sebagai berikut :

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Pejabat Pengawas               | : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS      |
| 2. Direktur Utama                 | : dr. Yuwanda Nova, SH, MH, MARS |
| 3. Direktur Medik dan Keperawatan | : drg. Rita Monzona, MARS        |



4. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian : Deni Tetteng, SE, MM
5. Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional : Deni Tetteng, SE, MM

Dalam pelaksanaan tugas operasional, Direktur Utama dan para Direktur dibantu oleh Pejabat Pengawas, Satuan Pemeriksaan Intern (SPI), Komite Medik, Komite Keperawatan, Komite Etik dan Hukum, Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Komite Tenaga Kesehatan Lain, Komite Mutu Rumah Sakit serta seluruh jajaran non struktural dan fungsional terkait.

Struktur pengorganisasian Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta sebagai berikut :

1. Direktorat Medik dan Keperawatan:
  - 1.1. Manajer Pelayanan Medik dan Keperawatan
    - 1.1.1. Asisten Manajer Pelayanan Keperawatan
    - 1.1.2. Asisten Manajer Pelayanan Medik
  - 1.2. Manajer Pelayanan Penunjang
    - 1.2.1. Asisten Manajer Penunjang Medik
    - 1.2.2. Asisten Manajer Penunjang Non Medik
  - 1.3. Instalasi Rawat Jalan
  - 1.4. Instalasi Rawat Inap Komplikasi
  - 1.5. Instalasi Rehabilitasi Napza
  - 1.6. Instalasi MCU
  - 1.7. Instalasi Gizi
  - 1.8. Instalasi Farmasi
  - 1.9. Instalasi Radiologi
  - 1.10. Instalasi Gawat Darurat
  - 1.11. Instalasi Laboratorium
  - 1.12. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
2. Direktorat SDM, Pendidikan dan Penelitian:
  - 2.1. Manajer Organisasi dan Administrasi SDM
    - 2.1.1. Asisten Manajer Organisasi
    - 2.1.2. Asisten Manajer Administrasi SDM
  - 2.2. Manajer Pengembangan SDM, Pendidikan dan Penelitian
    - 2.2.1. Asisten Manajer Pendidikan dan Pelatihan
    - 2.2.2. Asisten Manajer Pengembangan SDM
3. Direktorat Perencanaan, Keuangan dan Layanan Operasional:



- 3.1. Manajer Perencanaan Program Anggaran dan Evaluasi
  - 3.1.1. Asisten Manajer Evaluasi dan Pelaporan
  - 3.1.2. Asisten Manajer Perencanaan Program dan Anggaran
- 3.2. Manajer Pelaksanaan Anggaran, Akuntansi dan Barang Milik Negara
  - 3.2.1. Asisten Manajer Pelaksanaan Anggaran dan Perbendaharaan
  - 3.2.2. Asisten Manajer Akuntansi dan Barang Milik Negara
- 3.3. Manajer Layanan Operasional, Hukum dan Hubungan Masyarakat
  - 3.3.1. Asisten Manajer Layanan Operasional
  - 3.3.2. Asisten Manajer Hukum dan Hubungan Masyarakat
- 3.4. Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
- 3.5. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs)
- 3.6. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)
- 3.7. Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran Rumah Sakit
- 3.8. Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Pasien
- 3.9. Instalasi Rekam Medik

### 2.2.2. Tugas dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, Rumah Sakit Ketergantungan Obat termasuk ke dalam Klasifikasi Rumah Sakit Khusus Pusat Tipe III yang mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan

Untuk melaksanakan tugas pokok tersebut Rumah Sakit Ketergantungan Obat mempunyai fungsi:

1. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
2. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan kesehatan;
3. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
4. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan;
5. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan;
6. Pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan;
7. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara;
8. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia;
9. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
10. Pengelolaan sistem informasi;
11. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
12. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.



### 2.2.3. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia di lingkungan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta sampai 30 Juni 2023 berjumlah 299 orang dengan komposisi sebagai berikut :

**Tabel 2.1**  
**Sumber Daya Manusia Semester I Tahun 2023**  
**RSKO Jakarta**

#### 1. Menurut Jabatan

| No.           | Jabatan             | Semester I 2023 |           |            | Semester I 2022 |           |            |
|---------------|---------------------|-----------------|-----------|------------|-----------------|-----------|------------|
|               |                     | PNS             | Non PNS   | Jumlah     | PNS             | Non PNS   | Jumlah     |
| 1             | Struktural          | 0               | 0         | 0          | 2               | 0         | 2          |
|               | a. Eselon II        | 0               | 0         | 0          | 0               | 0         | 0          |
|               | b. Eselon III       | 0               | 0         | 0          | 2               | 0         | 2          |
|               | c. Eselon IV        | 0               | 0         | 0          | 0               | 0         | 0          |
| 2             | Fungsional          | 164             | 21        | 185        | 170             | 26        | 196        |
|               | a. Medis            | 28              | 4         | 32         | 32              | 6         | 38         |
|               | b. Perawat          | 79              | 11        | 90         | 80              | 14        | 94         |
|               | c. Penunjang        | 57              | 6         | 63         | 58              | 6         | 64         |
| 3.            | Tenaga Administrasi | 107             | 7         | 114        | 104             | 38        | 142        |
| <b>Jumlah</b> |                     | <b>271</b>      | <b>28</b> | <b>299</b> | <b>276</b>      | <b>64</b> | <b>340</b> |

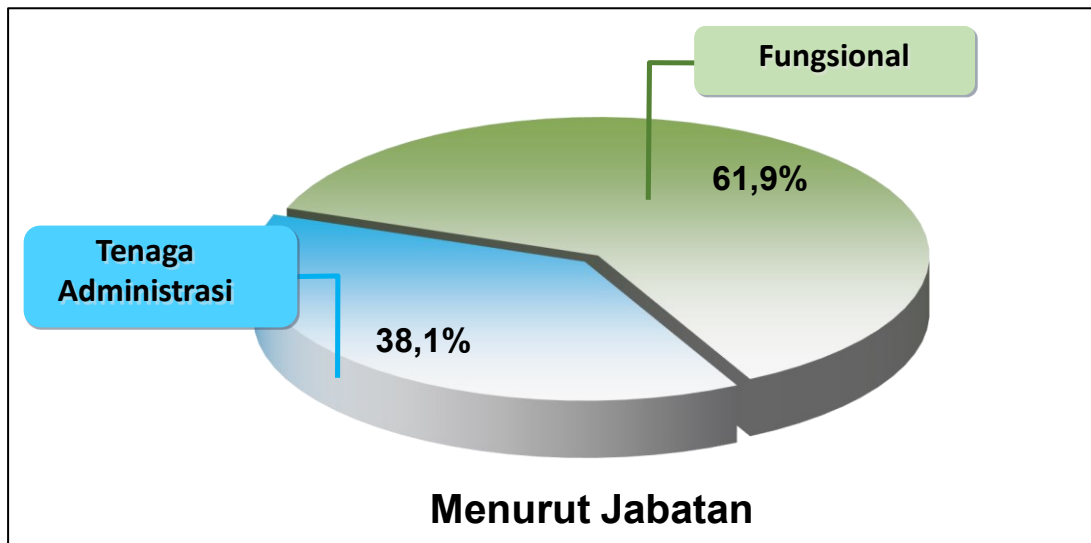
#### 2. Menurut Golongan

| No.           | Golongan     | Semester I 2023 |           |            | Semester I 2022 |           |            |
|---------------|--------------|-----------------|-----------|------------|-----------------|-----------|------------|
|               |              | PNS             | Non PNS   | Jumlah     | PNS             | Non PNS   | Jumlah     |
| 1             | Golongan IV  | 42              | 0         | 42         | 40              | 0         | 40         |
| 2             | Golongan III | 182             | 0         | 182        | 183             | 0         | 183        |
| 3             | Golongan II  | 47              | 0         | 47         | 53              | 0         | 53         |
| 4             | Golongan I   | 0               | 0         | 0          | 0               | 0         | 0          |
| 5.            | Non PNS      | 0               | 28        | 28         | 0               | 64        | 64         |
| <b>Jumlah</b> |              | <b>271</b>      | <b>28</b> | <b>299</b> | <b>276</b>      | <b>64</b> | <b>340</b> |

#### 3. Menurut Tingkat Pendidikan

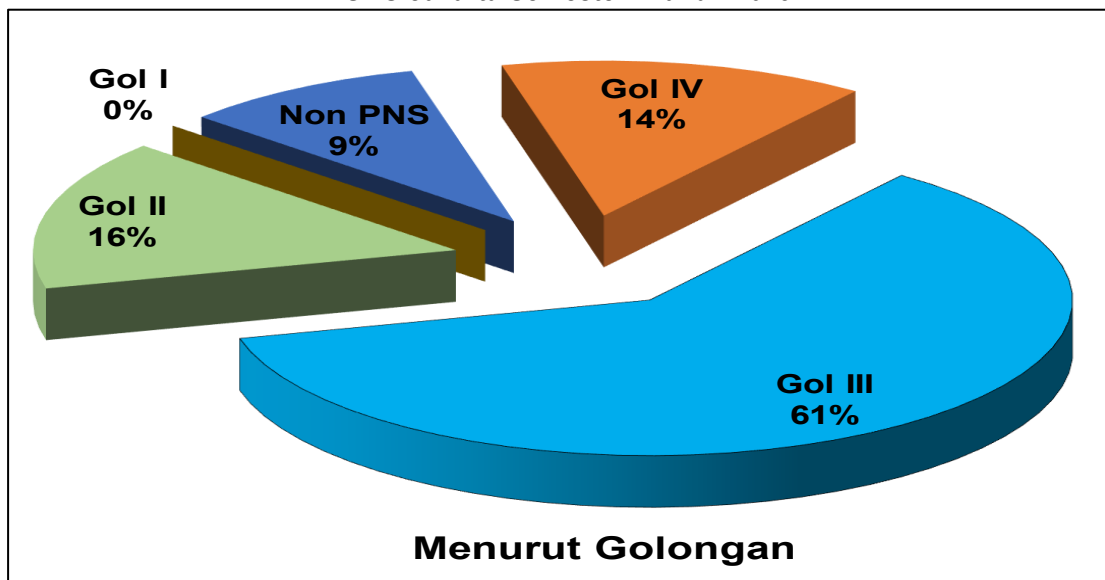
| No.           | Tingkat Pendidikan | Semester I 2023 |           |            | Semester I 2022 |           |            |
|---------------|--------------------|-----------------|-----------|------------|-----------------|-----------|------------|
|               |                    | PNS             | Non PNS   | Jumlah     | PNS             | Non PNS   | Jumlah     |
| 1             | S2                 | 33              | 0         | 33         | 21              | 0         | 21         |
| 2             | Spesialis 1/2/AV   | 9               | 1         | 10         | 14              | 2         | 16         |
| 3             | S1                 | 90              | 12        | 102        | 97              | 13        | 110        |
| 4             | DIV                | 3               | 0         | 3          | 3               | 0         | 3          |
| 5.            | D3                 | 92              | 15        | 107        | 92              | 16        | 108        |
| 6.            | D1                 | 0               | 0         | 0          | 1               | 0         | 1          |
| 7.            | SMK                | 0               | 0         | 0          | 0               | 0         | 0          |
| 8.            | SMA                | 18              | 0         | 18         | 18              | 33        | 51         |
| 9.            | SMF                | 1               | 0         | 1          | 1               | 0         | 1          |
| 10.           | SPK                | 2               | 0         | 2          | 3               | 0         | 3          |
| 11.           | SPRG               | 0               | 0         | 0          | 1               | 0         | 1          |
| 12.           | STM                | 10              | 0         | 10         | 10              | 0         | 10         |
| 13.           | SMKK               | 3               | 0         | 3          | 3               | 0         | 3          |
| 14.           | SMEA               | 8               | 0         | 8          | 8               | 0         | 8          |
| 15.           | SMAK               | 0               | 0         | 0          | 1               | 0         | 1          |
| 16.           | SLTP               | 2               | 0         | 2          | 3               | 0         | 3          |
| 17.           | SD                 | 0               | 0         | 0          | 0               | 0         | 0          |
| <b>Jumlah</b> |                    | <b>271</b>      | <b>28</b> | <b>299</b> | <b>276</b>      | <b>64</b> | <b>340</b> |

**Grafik 2.1**  
**Ketenagaan Berdasarkan Jabatan**  
**RSKO Jakarta Semester I Tahun 2023**



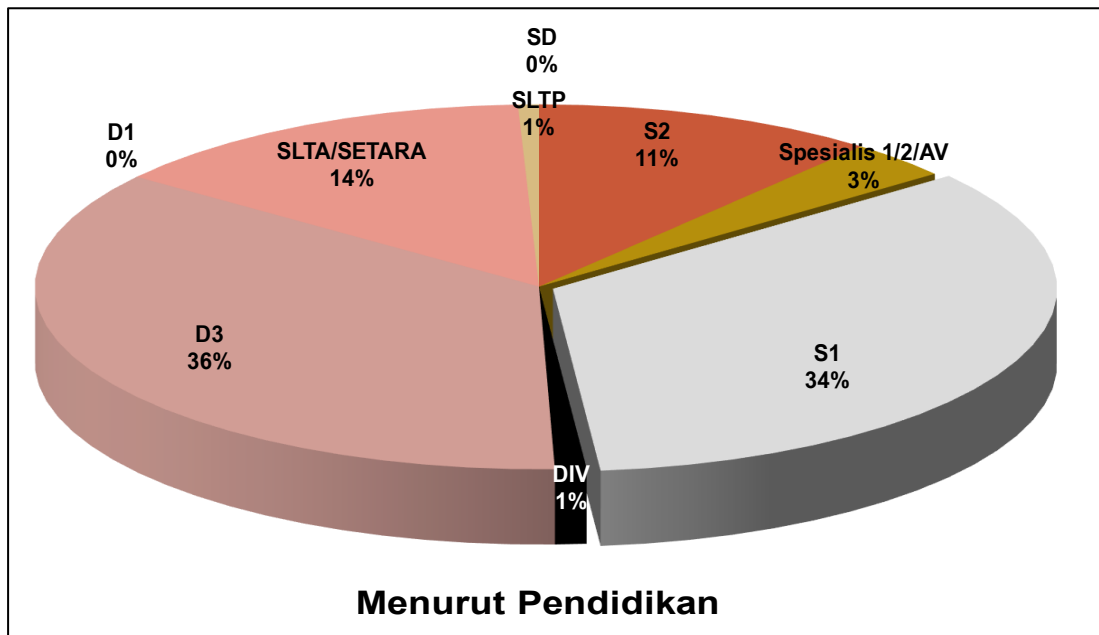
Dari grafik 2.1 di atas dapat terlihat bahwa sebaran pegawai menurut jabatan, terbanyak adalah jabatan fungsional sebesar 61,9%, sisanya 38,1% adalah jabatan tenaga administrasi.

**Grafik 2.2**  
**Ketenagaan Berdasarkan Golongan**  
**RSKO Jakarta Semester I Tahun 2023**



Dari grafik 2.2 di atas dapat terlihat bahwa sebaran pegawai menurut golongan di RSKO Jakarta didominasi oleh golongan III sebesar 61%, kemudian disusul golongan II sebesar 16% dan golongan IV sebesar 14% serta Pegawai Non PNS sebesar 9% dan tidak terdapat pegawai golongan I di RSKO Jakarta.

**Grafik 2.3**  
**Ketenagaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan**  
**RSKO Jakarta Semester I Tahun 2023**



Berdasarkan grafik 2.3 di atas dapat terlihat bahwa sebaran pegawai berdasarkan tingkat pendidikan di RSKO Jakarta didominasi oleh pendidikan DIII sebesar 36%, kemudian disusul pendidikan S1 sebesar 34%, pendidikan SLTA/Sederajat sebesar 14%, pendidikan S2 11%, pendidikan spesialis 3% serta pendidikan DIV dan SLTP masing-masing sebesar 1%.

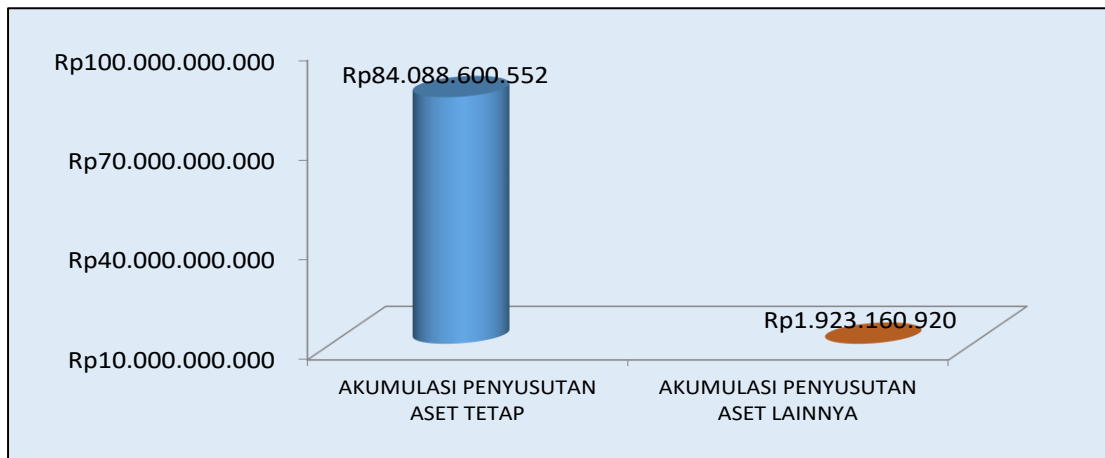
### 2.3. Sarana dan Prasarana

Pengelolaan Barang Milik Negara Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta per 30 Juni 2023, terdiri atas aset tetap dan aset lainnya, dengan komposisi sebagai berikut :

**Tabel 2.2**  
**Keadaan Barang Milik Negara (Harga Perolehan)**  
**Per 30 Juni Tahun 2023**

|                             |           |                        |
|-----------------------------|-----------|------------------------|
| <b>ASET TETAP</b>           | <b>Rp</b> | <b>171.861.292.732</b> |
| Peralatan dan Mesin         | : Rp      | 92.598.763.937         |
| Gedung dan Bangunan         | : Rp      | 72.891.191.438         |
| Jalan, Irigasi dan Jaringan | : Rp      | 3.491.967.200          |
| Aset Tetap Lainnya          | : Rp      | 246.601.830            |
| Konstruksi Dalam Pengerjaan | : Rp      | 2.632.768.327          |
| <b>ASET LAINNYA</b>         | <b>Rp</b> | <b>2.053.553.420</b>   |
| Aset Tak Berwujud           | : Rp      | 720.663.500            |
| Aset Lain-lain              | : Rp      | 1.332.889.920          |
| <b>TOTAL</b>                | <b>Rp</b> | <b>173.914.846.152</b> |

**Grafik 2.4**  
**Keadaan Barang Milik Negara (Akumulasi Penyusutan)**  
**Per 30 Juni Tahun 2023**



Berdasarkan tabel 2.2 dan grafik 2.4 di atas, dapat dilihat bahwa komposisi Barang Milik Negara (aset tetap dan aset lainnya) yang tercatat di Neraca RSKO Jakarta per tanggal 30 Juni tahun 2023 adalah sebesar Rp87.903.084.680 (setelah akumulasi penyusutan), dengan komposisi sebagai berikut Rp171.861.292.732,- dalam bentuk aset tetap (peralatan dan mesin, gedung dan bangunan, jalan irigasi dan jaringan, aset tetap lainnya serta konstruksi dalam pengerjaan) dengan akumulasi penyusutan sebesar Rp 84.088.600.552,- dan sebesar Rp2.053.553.420,- dalam bentuk aset lainnya (aset tak berwujud dan aset lain-lain) dengan akumulasi penyusutan sebesar Rp 1.923.160.920,-

#### 2.4. Dana

Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi didukung oleh anggaran DIPA Tahun 2022 sebesar Rp74.404.131.000,- terdiri dari:

Rupiah Murni (RM)      Rp44.154.131.000,-

BLU                              Rp30.250.000.000,-

Rincian pada tabel berikut ini :

**Tabel 2.3**  
**Pagu Anggaran Berdasarkan Sumber Dana**  
**RSKO Semester I Tahun 2023**

| No                      | Uraian Kegiatan        | Pagu                     |
|-------------------------|------------------------|--------------------------|
| Belanja Rupiah Murni    |                        |                          |
| 1                       | Belanja Pegawai        | Rp 20.149.689.000        |
| 2                       | Belanja Barang         | Rp 24.004.442.000        |
| 3                       | Belanja Modal          |                          |
|                         | <b>Sub Total (RM)</b>  | <b>Rp 44.154.131.000</b> |
| Belanja BLU             |                        |                          |
| 1                       | Belanja Barang         | Rp 28.836.854.000        |
| 2                       | Belanja Modal          | Rp 1.413.146.000         |
|                         | <b>Sub Rotal (BLU)</b> | <b>Rp 30.250.000.000</b> |
| <b>TOTAL (RM + BLU)</b> |                        | <b>Rp 74.404.131.000</b> |

## BAB III

### TUJUAN DAN SASARAN KERJA

#### 3.1. Dasar Hukum

Dasar hukum yang melandasi dan menjadi acuan dalam penetapan tujuan dan sasaran kerja Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta adalah sebagai berikut :

1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
2. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
3. Instruksi Presiden Nomor 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang berkeadilan;
4. Instruksi Presiden Nomor 14 tahun 2011 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2011;
5. Instruksi Presiden Nomor 1 tahun 2013 tentang Rencana Aksi Pencegahan dan Pemberantasan Korupsi Tahun 2013;
6. Peraturan Presiden Nomor 18 tahun 2020 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan;
9. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI No. HK.02.02/I/1828/2019 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama Rumah Sakit Umum/Khusus dan Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan;
10. Revisi Ketiga Rencana Strategi Bisnis Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2020 - 2024

### **3.2. Tujuan, Sasaran dan Indikator**

#### **3.2.1. Tujuan**

Tujuan merupakan sesuatu yang akan dicapai atau dihasilkan dalam jangka waktu 1 sampai dengan 5 tahun. Tujuan yang ditetapkan telah mengacu pada Rencana Strategi Bisnis (RSB) Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta tahun 2020 – 2024 untuk pencapaian visi dan misi Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. Tujuan tersebut adalah:

1. Terselenggaranya pelayanan pasien secara team work dari berbagai disiplin ilmu;
2. Terselenggaranya pengembangan rehabilitasi NAPZA dan layanan adiksi lainnya;
3. Terselenggaranya kerjasama dengan berbagai Institusi layanan kesehatan, Polres, Lapas dan LSM yang bergerak dalam bidang NAPZA dan layanan adiksi lainnya serta di bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian;
4. Tercapainya kompetensi staf yang unggul dibidang Napza dan layanan adiksi lainnya

#### **3.2.2. Sasaran**

Sasaran strategis Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis RSKO tahun 2020 – 2024 adalah sebagai berikut :

1. Terwujudnya kinerja keuangan RS yang sehat;
2. Terwujudnya kepuasan stakeholder;
3. Terwujudnya layanan NAPZA dan adiksi lainnya serta penyakit terkait secara komprehensif dan paripurna;
4. Terwujudnya jejaring di tingkat nasional dan internasional dalam bidang Napza dan adiksi;
5. Terwujudnya penyelenggaraan, pendidikan, pelatihan dan penelitian yang unggul;
6. Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang professional;
7. Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi;
8. Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas;
9. Terwujudnya kinerja pegawai berdasarkan kompetensi;
10. Terwujudnya pemenuhan sarana dan prasarana serta fasilitas sesuai praktek terbaik.

#### **3.2.3. Indikator**

##### **3.2.3.1. Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB)**

Sasaran adalah hasil yang ingin dicapai dalam pelaksanaan langkah-langkah strategis pencapaian visi misi yang telah ditetapkan di dalam RSB. Ukuran keberhasilan capaian sasaran ditetapkan melalui nilai capaian target *Key Performance Indicator* (KPI) atau Indikator

Kinerja Utama. Adapun KPI dalam mencapai sasaran strategis RSKO seperti yang tertuang dalam Rencana Strategis Bisnis RSKO tahun 2020 – 2024 adalah sebagai berikut :

1. Perspektif Keuangan

Sasaran Strategis Perspektif Keuangan adalah Terwujudnya kinerja keuangan RS yang sehat. Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah:

- a) Persentase perbandingan antara kas dan setara kas terhadap kewajiban jangka pendek
- b) Rasio POBO

2. Perspektif Pelanggan

Sasaran Strategis Perspektif Pelanggan adalah Terwujudnya kepuasan stakeholder. Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah:

- a) Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan;
- b) Kecepatan penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis  $\leq 1 \times 24$  jam;
- c) Persentase Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien.

3. Perspektif Bisnis Internal

- 1) Terwujudnya layanan NAPZA dan adiksi lainnya serta penyakit terkait secara komprehensif dan paripurna.

Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah:

- a) Jumlah penambahan/pengembangan layanan adiksi;
- b) Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup;
- c) Kepatuhan terhadap Clinical Pathway.

- 2) Terwujudnya jejaring di tingkat nasional dan internasional dalam bidang Napza dan adiksi

Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah Jumlah jejaring dalam layanan, pendidikan dan penelitian gangguan Napza dan adiksi lainnya.

- 3) Terwujudnya penyelenggaraan, pendidikan, pelatihan dan penelitian yang unggul. Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah Jumlah presentasi ilmiah yang dilakukan petugas RSKO yang **dipublikasikan** secara nasional dan/atau internasional.

- 4) Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang profesional. Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah :

- a) Tingkat akreditasi nasional;
- b) Tingkat kesehatan RS;
- c) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang;



- d) Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik;
- e) Ketepatan waktu visite dokter;
- f) Waktu tunggu pasien masuk ruang MPE(Medic Psychiatric Evaluation) <6jam.
- 5) Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi.  
Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal.
- 6) Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas. Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah :
  - a) Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar;
  - b) Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal;
  - c) Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran;
  - d) Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs);
  - e) Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right;
  - f) Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator;
  - g) Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol;
  - h) Kepatuhan kebersihan tangan;
  - i) Kepatuhan penggunaan APD;
  - j) Kepatuhan identifikasi pasien;
  - k) Waktu tunggu rawat jalan;
  - l) Penundaan detoksifikasi;
  - m) Pelaporan hasil kritis laboratorium;
  - n) Kepatuhan penggunaan formularium nasional;
  - o) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh;
  - p) Kecepatan waktu tanggap komplain;
  - q) Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital;
  - r) Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi;





- s) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan;
  - t) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU;
  - u) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni;
  - v) Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU;
  - w) Persentase nilai EBITDA Margin (RS Type 3).
4. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran
- 1) Terwujudnya kinerja pegawai berdasarkan kompetensi  
Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah
    - a) Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan;
    - b) Persentase pegawai yang dikembangkan kompetensinya.
  - 2) Terwujudnya pemenuhan sarana dan prasarana serta fasilitas sesuai praktek terbaik.  
Untuk mencapai sasaran strategis ini, KPI yang ditetapkan adalah
    - a) Presentase kehandalan sarana prasarana dan fasilitas;
    - b) Persentase pemanfaatan sistem informasi manajemen RSKO yang terintegrasi;
    - c) Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar;
    - d) Persentase integrasi data antrian pendaftaran, dan Medical Record.



**Tabel 3.1**  
**Indikator Kinerja Utama RSB/**  
**Key Performance Indicator (KPI)**

| No  | Sasaran Strategi                                                                                       | No  | Key Performance Indicator (KPI) / Indikator Kinerja Utama (IKU)                                                                                                            | Target Tahun 2023                                                                           |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   |                                                                                                        | 1   | 2                                                                                                                                                                          | 5                                                                                           |
| I   | <b>PERSPEKTIF KEUANGAN</b>                                                                             | I   | <b>PERSPEKTIF KEUANGAN</b>                                                                                                                                                 |                                                                                             |
| 1   | Terwujudnya kinerja keuangan RS yang sehat                                                             | 1   | Persentase perbandingan antara kas dan setara kas terhadap kewajiban jangka pendek                                                                                         | ≤360%                                                                                       |
|     |                                                                                                        | 2   | Rasio POBO                                                                                                                                                                 | 33%                                                                                         |
| II  | <b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>                                                                            | II  | <b>PERSPEKTIF PELANGGAN</b>                                                                                                                                                |                                                                                             |
| 2   | Terwujudnya kepuasan stakeholder                                                                       | 3   | Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan                                                                                                                       | >80 poin                                                                                    |
|     |                                                                                                        | 4   | Kecepatan penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis ≤ 1x24 jam                                                                                                        | 100%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 5   | Persentase Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien                                                                                                                               | ≥ 50%                                                                                       |
| III | <b>PERSPEKTIF BISNIS INTERNAL</b>                                                                      | III | <b>PERSPEKTIF BISNIS INTERNAL</b>                                                                                                                                          |                                                                                             |
| 3   | Terwujudnya layanan NAPZA dan adiksi lainnya serta penyakit terkait secara komprehensif dan paripurna. | 6   | Jumlah penambahan/pengembangan layanan adiksi                                                                                                                              | 1 layanan:<br>Tersedia layanan Konsultasi Online (Telemedicine)                             |
|     |                                                                                                        | 7   | Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup                                                                                                     | 70%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 8   | Kepatuhan terhadap Clinical Pathway                                                                                                                                        | 85%                                                                                         |
| 4   | Terwujudnya jejaring di tingkat nasional dan internasional dalam bidang Napza dan adiksi               | 9   | Jumlah jejaring dalam layanan, pendidikan dan penelitian gangguan Napza dan adiksi lainnya                                                                                 | 24 Jejaring                                                                                 |
| 5   | Terwujudnya penyelenggaraan, pendidikan, pelatihan dan penelitian yang unggul                          | 10  | Jumlah presentasi ilmiah yang dilakukan petugas RSKO yang dipublikasikan secara nasional dan/atau internasional                                                            | 8 Presentasi Ilmiah                                                                         |
| 6   | Terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang profesional                                       | 11  | Tingkat akreditasi nasional                                                                                                                                                | Paripurna                                                                                   |
|     |                                                                                                        | 12  | Tingkat kesehatan RS                                                                                                                                                       | AA                                                                                          |
|     |                                                                                                        | 13  | Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang                                                                                                                    | 85%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 14  | Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik                                                                                                                             | 80%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 15  | Ketepatan waktu visite dokter                                                                                                                                              | 85%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 16  | Waktu tunggu pasien masuk ruang MPE(Medic Psychiatric Evaluation) <6jam                                                                                                    | 85%                                                                                         |
| 7   | Terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi.                                 | 17  | Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal                                                                                                      | 85% Kasus rujukan melalui SISRUITE yang memiliki respon time kurang dari 1 (satu) jam       |
| 8   | Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas                                               | 18  | Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar                                                                               | 95%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 19  | Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal                                                                                                               | < 2,5                                                                                       |
|     |                                                                                                        | 20  | Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran                                                       | 1 klinik eksekutif                                                                          |
|     |                                                                                                        | 21  | Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs)                                                                             | 10%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 22  | Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right                                                                                                     | 80%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 23  | Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator                                                                 | 12 Laporan                                                                                  |
|     |                                                                                                        | 24  | Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol                                                                              | 12 Laporan                                                                                  |
|     |                                                                                                        | 25  | Kepatuhan kebersihan tangan                                                                                                                                                | ≥90%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 26  | Kepatuhan penggunaan APD                                                                                                                                                   | 100%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 27  | Kepatuhan identifikasi pasien                                                                                                                                              | 100%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 28  | Waktu tunggu rawat jalan                                                                                                                                                   | ≥80%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 29  | Penundaan detoksifikasi                                                                                                                                                    | ≤5%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 30  | Pelaporan hasil kritis laboratorium                                                                                                                                        | 100%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 31  | Kepatuhan penggunaan formulir nasional                                                                                                                                     | ≥90%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 32  | Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh                                                                                                                             | 100%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 33  | Kecepatan waktu tanggap keluhan                                                                                                                                            | ≥80%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 34  | Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital                                                                                                    | 1 Sistem                                                                                    |
|     |                                                                                                        | 35  | Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi. | 100%                                                                                        |
|     |                                                                                                        | 36  | Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindak lanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan                                                    | 92,5%                                                                                       |
|     |                                                                                                        | 37  | Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU                                                                                                                                 | 95%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 38  | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni                                                                                                                       | 97%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 39  | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU                                                                                                                         | 95%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 40  | Persentase nilai EBITDA Margin (RS Type 3)                                                                                                                                 | 10%                                                                                         |
| IV  | <b>PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN</b>                                                         | IV  | <b>PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN</b>                                                                                                                             |                                                                                             |
| 9   | Terwujudnya kinerja pegawai berdasarkan kompetensi                                                     | 41  | Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan                                                                                                                                  | 80%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 42  | Persentase pegawai yang dikembangkan kompetensinya                                                                                                                         | ≥60% pegawai memperoleh peningkatan kapasitas SDM 20 JPL per tahun                          |
| 10  | Terwujudnya pemenuhan sarana dan prasarana serta fasilitas sesuai praktek terbaik                      | 43  | Persentase kemandirian sarana, prasarana dan fasilitas                                                                                                                     | 90%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 44  | Persentase pemanfaatan sistem informasi manajemen RSKO yang terintegrasi                                                                                                   | 100% Unit layanan terkait implementasi rekam medis elektronik terintegrasi Radiologi (PACS) |
|     |                                                                                                        | 45  | Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar                                                                                                                               | 70%                                                                                         |
|     |                                                                                                        | 46  | Persentase integrasi data antrian pendaftaran, dan Medical Record                                                                                                          | 100%                                                                                        |

### 3.2.3.2. Indikator Kinerja BLU

Perhitungan kinerja BLU mengacu pada Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018 tentang penilaian kinerja bidang layanan kesehatan pada Rumah Sakit yang meliputi:

1. Aspek Keuangan yang terdiri dari:
  - 1) Subaspek Rasio Keuangan
  - 2) Subaspek Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU
2. Aspek Layanan
3. Aspek Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat

**Tabel 3.2**  
**Indikator Kinerja BLU Aspek Keuangan**

| Sub Aspek / Indikator |                                                                      | Bobot     |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.</b>             | <b>Rasio Keuangan</b>                                                |           |
|                       | a. Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> )                                   | 2,25      |
|                       | b. Rasio Lancar ( <i>Current Ratio</i> )                             | 2,75      |
|                       | c. Periode Penagihan Piutang ( <i>Collection Period</i> )            | 2,25      |
|                       | d. Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> )             | 2,25      |
|                       | e. Imbalan atas Aset tetap ( <i>Return on Asset</i> )                | 2,25      |
|                       | f. Imbalan Ekuitas ( <i>Return on Equity</i> )                       | 2,25      |
|                       | g. Perputaran Persediaan ( <i>Inventory Turnover</i> )               | 2,25      |
|                       | h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional                 | 2,75      |
|                       | <b>Sub Total</b>                                                     | <b>19</b> |
| <b>2.</b>             | <b>Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>                            |           |
|                       | a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif                       | 2         |
|                       | b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) | 2         |
|                       | c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU)   | 2         |
|                       | d. Tarif Layanan                                                     | 1         |
|                       | e. Sistem Akuntansi                                                  | 1         |
|                       | f. Persetujuan Rekening                                              | 0,5       |
|                       | g. SOP Pengelolaan Kas                                               | 0,5       |
|                       | h. SOP Pengelolaan Piutang                                           | 0,5       |
|                       | i. SOP Pengelolaan Utang                                             | 0,5       |
|                       | j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa                                     | 0,5       |
|                       | k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris                                 | 0,5       |
|                       | <b>Sub Total</b>                                                     | <b>11</b> |
|                       | <b>Total 1 + 2</b>                                                   | <b>30</b> |

**Tabel 3.3**  
**Indikator Kinerja BLU Aspek Layanan**

| Sub Aspek / Indikator |                                                      | Bobot     |
|-----------------------|------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1.</b>             | <b>Layanan</b>                                       |           |
|                       | a. Pertumbuhan Produktivitas                         |           |
|                       | 1). Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan      | 3         |
|                       | 2). Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat    | 2,5       |
|                       | 3). Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap            | 2,5       |
|                       | 4). Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi                | 2,5       |
|                       | 5). Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium             | 2,5       |
|                       | 6). Pertumbuhan Operasi                              | 2,5       |
|                       | 7). Pertumbuhan Rehab medik                          | 2,5       |
|                       | <b>Sub Total</b>                                     | <b>18</b> |
|                       | b. Efektivitas Pelayanan                             |           |
|                       | 1). Kelengkapan Rekam Medik 24 jam selesai pelayanan | 2         |
|                       | 2). Pengembalian Rekam medik                         | 2         |
|                       | 3). Angka Pembatalan Operasi                         | 2         |
|                       | 4). Angka Kegagalan Hasil Radiologi                  | 2         |
|                       | 5). Penulisan Resep sesuai Formularium               | 2         |
|                       | 6). Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium.      | 2         |
|                       | 7). <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)                  | 2         |
|                       | <b>Sub Total</b>                                     | <b>14</b> |
|                       | c. Pertumbuhan Pembelajaran                          |           |
|                       | 1). Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan                 | 1,5       |
|                       | 2). Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT           | 0         |
|                       | 3). Program <i>Reward dan Punishment</i>             | 1,5       |
|                       | <b>Sub Total</b>                                     | <b>3</b>  |
|                       | <b>Total ( a + b + c )</b>                           | <b>35</b> |

**Tabel 3.4**  
**Indikator Kinerja BLU**  
**Aspek Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat**

| Sub Aspek / Indikator |                                                          | Bobot     |
|-----------------------|----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2</b>              | <b>Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat</b>                |           |
|                       | a. Mutu Pelayanan                                        |           |
|                       | 1). Emergency Response Time Rate                         | 2         |
|                       | 2). Waktu Tunggu Rawat Jalan                             | 2         |
|                       | 3). <i>Length Of Stay</i> (LOS)                          | 2         |
|                       | 4). Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi                  | 2         |
|                       | 5). Waktu Tunggu Sebelum Operasi                         | 2         |
|                       | 6). Waktu Tunggu Hasil Laboratorium                      | 2         |
|                       | 7). Waktu Tunggu Hasil Radiologi                         | 2         |
|                       | <b>Sub Total</b>                                         | <b>14</b> |
|                       | b. Mutu Klinik                                           |           |
|                       | 1). Angka Kematian di Gawat Darurat                      | 2         |
|                       | 2). Angka Kematian/Kebutaan $\geq$ 48 jam                | 2         |
|                       | 3). <i>Post Operative Death Rate</i>                     | 2         |
|                       | 4). Angka Infeksi Nosokomial                             | 4         |
|                       | 5). Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit                   | 2         |
|                       | <b>Sub Total</b>                                         | <b>12</b> |
|                       | c. Kepedulian Kepada Masyarakat                          |           |
|                       | 1). Pembinaan kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan lain | 1         |
|                       | 2). Penyuluhan kesehatan                                 | 1         |
|                       | 3). Rasio Tempat Tidur Kelas III                         | 2         |
|                       | <b>Sub Total</b>                                         | <b>4</b>  |
|                       | d. Kepuasan Pelanggan                                    |           |
|                       | 1). Penanganan Pengaduan/Komplain                        | 1         |
|                       | 2). Kepuasan Pelanggan                                   | 1         |
|                       | <b>Sub Total</b>                                         | <b>2</b>  |
|                       | e. Kepedulian Terhadap Lingkungan                        |           |
|                       | 1). Kebersihan Lingkungan (Program RS Berseri)           | 2         |
|                       | 2). Proper Lingkungan (KLH)                              | 1         |
|                       | <b>Sub Total</b>                                         | <b>3</b>  |
|                       | <b>Total ( a + b + c + d + e )</b>                       | <b>35</b> |

### 3.2.3.3. Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama

Perhitungan Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama berdasarkan surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.02/I/1828/2019 meliputi 18 indikator, yaitu :

1. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)
2. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional
3. Prosentase Kejadian pasien jatuh
4. Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP
5. Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)
6. Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)
7. Cuci Tangan ( Hand Hygiene)
8. Tidak adanya Kejadian pasien yang difiksasi dalam 24 jam dalam unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)
9. Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri
10. Ketepatan Identifikasi Pasien
11. Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)
12. Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)
13. Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)
14. Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)
15. Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)
16. Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)
17. Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam waktu 24 jam (PRM)
18. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (PB)

**Tabel 3.5**  
**Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama**

| KATEGORI                    | NO | JUDUL INDIKATOR                                                                                                      | BOBOT    |
|-----------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>PELAYANAN MEDIS</b>      |    |                                                                                                                      |          |
| Kepatuhan terhadap standart | 1  | Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)                                                                             | 0,05     |
|                             | 2  | Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional                                                                            | 0,05     |
|                             | 3  | Prosentase Kejadian pasien jatuh                                                                                     | 0,05     |
|                             | 4  | Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP | 0,05     |
|                             | 5  | Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)                                                               | 0,07     |
| Pengendalian infeksi di RS  | 6  | Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)                                                                             | 0,05     |
|                             | 7  | Cuci Tangan ( Hand Hygiene)                                                                                          | 0,04     |
| Capaian Indikator Medik     | 8  | Tidak adanya Kejadian pasien yang difiksasi dalam 24 jam dalam unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)              | 0,07     |
|                             | 9  | Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri                                                      | 0,07     |
| Akreditasi                  | 10 | Ketepatan Identifikasi Pasien                                                                                        | 0,08     |
| Kepuasan Pelanggan          | 11 | Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)                                                                             | 0,08     |
| Ketepatan waktu pelayanan   | 12 | Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)                                                                           | 0,02     |
|                             | 13 | Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)                                                                                      | 0,05     |
|                             | 14 | Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)                                                                              | 0,05     |
|                             | 15 | Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)                                                                           | 0,05     |
|                             | 16 | Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)                                                                        | 0,05     |
|                             | 17 | Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam waktu 24 jam (PRM)                                                            | 0,02     |
| <b>PELAYANAN KEUANGAN</b>   |    |                                                                                                                      |          |
| Keuangan                    | 18 | Rasio Pendapatan PNBK terhadap Biaya Operasional (PB)                                                                | 0,1      |
| <b>TOTAL</b>                |    |                                                                                                                      | <b>1</b> |

### 3.2.3.4. Indikator Kinerja Terpilih (IKT)

Perhitungan Indikator Kinerja terpilih (IKT) yang merupakan kontrak perjanjian kinerja Direktur Utama RSKO dengan Dirjen Perbendaharaan Kementerian Keuangan Nomor PRJ-184/PB/2023 terdiri dari 10 indikator, yaitu:

1. Ketersediaan Fasilitas Layanan;
2. Ketepatan Waktu Layanan;
3. Waktu Tunggu Pasien Masuk Ruang MPE (Medis Psikiatri Evaluation) < 6 jam;
4. Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional;
5. Layanan Unggulan Bertaraf Internasional;
6. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan;
7. Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup;
8. Rasio PNPB Terhadap Beban Operasional (PB);
9. Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU;
10. Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pemanfaatan Aset Badan Layanan Umum.

**Tabel 3.6**  
**Indikator Kinerja Terpilih (IKT)**

| No. | INDIKATOR                                                                 | STANDAR (S) | TARGET 2023 |       |      |        |
|-----|---------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------|------|--------|
|     |                                                                           |             | TW-1        | TW-2  | TW-3 | TW-4   |
| 1   | Ketersediaan Fasilitas Layanan                                            | 82,5%       | N/A         | 82,5% | N/A  | 82,5%  |
| 2   | Ketepatan Waktu Layanan                                                   | 80%         | 80%         | 81%   | 83%  | 83%    |
| 3   | Waktu Tunggu Pasien Masuk Ruang MPE (Medis Psikiatri Evaluation) < 6 jam  | 80%         | 80%         | 82%   | 85%  | 85%    |
| 4   | Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional                      | 100%        | N/A         | N/A   | N/A  | 100%*) |
| 5   | Layanan Unggulan Bertaraf Internasional                                   | 100%        | N/A         | N/A   | N/A  | 100%   |
| 6   | Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan                      | 76,61       | N/A         | 80    | N/A  | 80     |
| 7   | Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup               | 70%         | 40%         | 50%   | 60%  | 70%    |
| 8   | Rasio PNPB Terhadap Beban Operasional (PB)                                | 45%         | 37%         | 36%   | 35%  | 33%    |
| 9   | Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU                                      | 100%        | 100%        | 100%  | 100% | 100%   |
| 10  | Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pemanfaatan Aset Badan Layanan Umum | 10%         | N/A         | 10%   | N/A  | 10%    |

### 3.2.3.5. Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)

**Tabel 3.7**  
**Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

| NO           | JENIS PELAYANAN                           | INDIKATOR           |
|--------------|-------------------------------------------|---------------------|
| 1            | Gawat Darurat                             | 9 Indikator         |
| 2            | Rawat Jalan                               | 7 Indikator         |
| 3            | Rawat Inap                                | 15 Indikator        |
| 4            | Intensif                                  | 2 Indikator         |
| 5            | Radiologi                                 | 4 Indikator         |
| 6            | Laboratorium Patologi Klinik              | 4 Indikator         |
| 7            | Rehabilitasi Medik                        | 3 Indikator         |
| 8            | Farmasi                                   | 4 Indikator         |
| 9            | Gizi                                      | 3 Indikator         |
| 10           | Pelayanan Gakin                           | 1 Indikator         |
| 11           | Rekam Medik                               | 4 Indikator         |
| 12           | Pengelolaan Limbah                        | 2 Indikator         |
| 13           | Administrasi dan Manajemen                | 9 Indikator         |
| 14           | Ambulance/Kereta Jenazah                  | 3 Indikator         |
| 15           | Pemulasaraan Jenazah                      | 1 Indikator         |
| 16           | Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | 3 Indikator         |
| 17           | Pelayanan Laundry                         | 2 Indikator         |
| 18           | Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) | 3 Indikator         |
| <b>TOTAL</b> |                                           | <b>79 Indikator</b> |



## BAB IV STRATEGI PELAKSANAAN

### 4.1. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Strategi pencapaian tujuan dan sasaran merupakan penjabaran operasional kebijakan dan program sebagai upaya pencapaian target (sasaran kerja) unit kerja. Adapun strategi yang telah ditetapkan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta adalah:

1. Strategi Pencapaian Kepuasan Stakeholder
  - a. Pengembangan teknologi informasi untuk menunjang pelayanan, seperti pendaftaran online, pembayaran melalui dompet digital dan debit card
  - b. Penyelenggaraan pelayanan sesuai SPO dan maklumat pelayanan
  - c. Penanganan dan penyelesaian komplain, baik secara langsung maupun melalui *website*
  - d. Penyiapan sarana pengaduan Whistle Blowing System melalui website RSKO
2. Strategi Pengembangan Layanan Unggulan  
Pengembangan program layanan, melalui:
  - Pengembangan Layanan Napza
    - Pelayanan Intensive Outpatient Treatment (IOT)
    - Klinik eksekutif
    - Rehabilitasi Napza Melekat (Home Care)
    - Penambahan jejaring dalam layanan pendidikan dan penelitian gangguan adiksi napza dan adiksi lainnya
    - Penyelenggaraan pendidikan, pelatihan dan sertifikasi dalam bidang adiksi napza dan adiksi lainnya
    - Pembukaan/pengembangan layanan adiksi berupa layanan Konsultasi Online (Telemedicine)
  - Pengembangan layanan Non Napza
    - Pengembangan layanan BPJS Kesehatan untuk layanan umum
3. Strategi Penguatan Mutu Kelembagaan Organisasi
  - Mempertahankan hasil capaian akreditasi STARKES dengan tingkat kelulusan Paripurna melalui kegiatan monitoring dan evaluasi atas Pokja Akreditasi secara berkala.
  - Mempertahankan hasil capaian tingkat kesehatan RS Baik AA melalui kegiatan monitoring dan evaluasi capaian kinerja keuangan, layanan dan mutu manfaat RS secara berkala.

4. Strategi Penguatan SDM dan Sarpras
  - a. Peningkatan Kompetensi SDM
    - Pelatihan pengembangan kompetensi SDM minimal 20 JPL per tahun.
    - Peningkatan pendidikan pegawai melalui pemberian tubel dan ibel.
  - b. Pemenuhan utilisasi dan kelengkapan alat medik serta sarana dan prasarana rumah sakit
    - Pengalihfungsian rawat inap komplikasi fisik dan psikiatri untuk ruang isolasi covid.
    - Penyediaan alat dan fasilitas pelayanan
    - Monitoring dan evaluasi kinerja dan kualitas peralatan medis secara berkala melalui kalibrasi dan perawatan secara berkala
  - c. Pemanfaatan SIMRS yang terintegrasi
    - Pengembangan dan pemanfaatan billing system
    - Pengembangan dan pemanfaatan Resep elektronik
    - Pengembangan dan pemanfaatan Rekam Medis Elektronik yang terintegrasi dengan Pengembangan dan pemanfaatan Rekam Medis Elektronik yang terintegrasi di 6 (enam) layanan utama (IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap, Laboratorium, Radiologi dan farmasi)
    - Radiologi (PACS)
5. Strategi Perwujudan Kinerja Keuangan yang Sehat
  - a. Promosi layanan RS untuk meningkatkan pendapatan dengan cara mengikuti pameran, sosialisasi, kunjungan ke berbagai sekolah/lembaga dan menyediakan alat promosi.
  - b. Penatausahaan investasi jangka pendek, kas setara kas dan kewajiban jangka pendek sehingga tercapai tingkat cash ratio yang optimal
  - c. Peningkatan pengelolaan keuangan yang tertib, efektif, akuntabel dan transparan melalui transaksi digital dan cash management system (e banking)

#### **4.2. Hambatan dalam Pelaksanaan Strategi**

Adapun hambatan dalam pelaksanaan kegiatan ini adalah :

1. Adanya implementasi Permenkes Nomor 17 tahun 2023 tentang penyelenggaraan Institusi Penerima Wajib Lapori Pecandu Narkotika yang memperbolehkan pasien yang belum memiliki kartu PBI bisa menggunakan SKTM untuk mendapatkan pelayanan napza yang pembiayaannya dicover oleh kementerian kesehatan telah meningkatkan jumlah pasien IPWL di RSKO, dengan sebagian besar peserta merupakan pasien restorative justice. Namun hal

ini sekaligus juga memberi dampak pada pembiayaan pasien IPWL di RSKO karena plafon pembiayaan yang dibayarkan kepada RSKO masih di bawah tarif RSKO.

2. Terbatasnya alokasi anggaran peningkatan Pendidikan dan keterampilan SDM yang berasal dari Anggaran Badan Layanan Umum akibat masih belum optimalnya realisasi pendapatan BLU.
3. Kurangnya disiplin pegawai dalam bekerja agar mendukung pelayanan optimal.
4. Kurang optimalnya pemantauan utilisasi peralatan penunjang medik untuk mendukung pelayanan
5. Kurang aktifnya pegawai dalam melakukan kegiatan promosi dan pemasaran untuk mendukung pencapaian target kinerja.
6. Kurang optimalnya pengkajian MOU yang telah ada untuk lebih ditingkatkan substansi dalam mendukung pemanfaatan pelayanan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta.

#### **4.3. Upaya Tindak Lanjut**

Upaya untuk menyelesaikan permasalahan atau hambatan dalam pelaksanaan strategi yang merupakan terobosan/inovasi dalam rangka pencapaian target yang ditetapkan oleh Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta, antara lain adalah :

1. Mengoptimalkan promosi kesehatan dan edukasi kepada pasien dan masyarakat melalui media cetak dan online;
2. Meningkatkan realisasi pendapatan agar alokasi anggaran untuk peningkatan Pendidikan dan Keterampilan SDM melalui penyediaan anggaran bisa memadai;
3. Peningkatan disiplin pegawai dalam bekerja agar mendukung pelayanan optimal melalui penegakan disiplin sesuai PP nomor. 94 tahun 2021 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil;
4. Pemantauan utilisasi peralatan penunjang medik untuk mendukung pelayanan melalui evaluasi mingguan dan bulanan;
5. Menghimbau para pegawai untuk aktif melakukan promosi dan pemasaran untuk mendukung pencapaian target kinerja melalui penawaran kerja sama paket pelayanan ke instansi pemerintah dan swasta;
6. Mengkaji MOU yang telah ada untuk lebih ditingkatkan substansi dalam mendukung pemanfaatan pelayanan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta;
7. Membuka peluang kerja sama dengan rumah sakit daerah (RSUD) sebagai pengampu layanan Napza;

## BAB V

### HASIL KERJA

#### 5.1. Pencapaian Indikator Kinerja Utama Rencana Strategis Bisnis (IKU RSB)

Hasil capaian IKU RSB Semester I Tahun 2023 berdasarkan Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023 adalah sebagai berikut :

**Tabel 5.1**  
**Capaian Indikator Kinerja Utama RSB Semester I Tahun 2023 RSKO Jakarta**

| No                                    | Key Performance Indicator (KPI) / Indikator Kinerja Utama (IKU)                                                 | Bobot | Satuan            | Target Tahun 2023                                                                     | Semester I 2023 |              |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|
|                                       |                                                                                                                 |       |                   |                                                                                       | Realisasi       | Skor Capaian |
| 1                                     | 2                                                                                                               | 3     | 4                 | 5                                                                                     | 6               | 7            |
| <b>I PERSPEKTIF KEUANGAN</b>          |                                                                                                                 |       |                   |                                                                                       |                 |              |
| 1                                     | Persentase perbandingan antara kas dan setara kas terhadap kewajiban jangka pendek                              | 3%    | Persentase        | ≤360%                                                                                 | 196,75%         | 2,00         |
| 2                                     | Rasio POBO                                                                                                      | 3%    | Persentase        | 33%                                                                                   | 36,70%          | 3,00         |
| <b>II PERSPEKTIF PELANGGAN</b>        |                                                                                                                 |       |                   |                                                                                       |                 |              |
| 3                                     | Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan                                                            | 3%    | Poin              | >80 poin                                                                              | 83,64           | 3,00         |
| 4                                     | Kecepatan penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis ≤ 1x24 jam                                             | 3%    | Persentase        | 100%                                                                                  | 100%            | 3,00         |
| 5                                     | Persentase Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien                                                                    | 3%    | Persentase        | ≥ 50%                                                                                 | 100%            | 3,00         |
| <b>III PERSPEKTIF BISNIS INTERNAL</b> |                                                                                                                 |       |                   |                                                                                       |                 |              |
| 6                                     | Jumlah penambahan/pengembangan layanan adiksi                                                                   | 2%    | Jumlah            | 1 layanan:<br>Tersedia layanan Konsultasi Online (Telemedicine)                       | n/a             | 2,00         |
| 7                                     | Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup                                          | 3%    | Persentase        | 70%                                                                                   | 0               | 1,00         |
| 8                                     | Kepatuhan terhadap Clinical Pathway                                                                             | 2%    | Persentase        | 85%                                                                                   | 47,06%          | 1,00         |
| 9                                     | Jumlah jejaring dalam layanan, pendidikan dan penelitian gangguan Napza dan adiksi lainnya                      | 2%    | Jumlah            | 24 Jejaring                                                                           | n/a             | 2,00         |
| 10                                    | Jumlah presentasi ilmiah yang dilakukan petugas RSKO yang dipublikasikan secara nasional dan/atau internasional | 2%    | Jumlah            | 8 Presentase Ilmiah                                                                   | n/a             | 2,00         |
| 11                                    | Tingkat akreditasi nasional                                                                                     | 2%    | Status akreditasi | Paripurna                                                                             | Paripurna       | 2,00         |
| 12                                    | Tingkat kesehatan RS                                                                                            | 2%    | Kategori          | AA                                                                                    | AA              | 2,00         |
| 13                                    | Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang                                                         | 2%    | Persentase        | 85%                                                                                   | 91,45%          | 2,00         |
| 14                                    | Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik                                                                  | 2%    | Persentase        | 80%                                                                                   | 100%            | 2,00         |
| 15                                    | Ketepatan waktu visite dokter                                                                                   | 2%    | Persentase        | 85%                                                                                   | 75,49%          | 1,00         |
| 16                                    | Waktu tunggu pasien masuk ruang MPE(Medic Psychiatric Evaluation) <6jam                                         | 2%    | Persentase        | 85%                                                                                   | 100%            | 2,00         |
| 17                                    | Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal                                           | 2%    | Persentase        | 85% Kasus rujukan melalui SISROUTE yang memiliki respon time kurang dari 1 (satu) jam | 100%            | 2,00         |



| No                                         | Key Performance Indicator (KPI) / Indikator Kinerja Utama (IKU)                                                                                                            | Bobot | Satuan     | Target Tahun 2023                                                                           | Semester I 2023    |              |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
|                                            |                                                                                                                                                                            |       |            |                                                                                             | Realisasi          | Skor Capaian |
| III PERSPEKTIF BISNIS INTERNAL             |                                                                                                                                                                            |       |            |                                                                                             |                    |              |
| 18                                         | Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar                                                                               | 2%    | Persentase | 95%                                                                                         | 97%                | 2,00         |
| 19                                         | Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal                                                                                                               | 2%    | Persentase | < 2,5                                                                                       | 0%                 | 2,00         |
| 20                                         | Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran                                                       | 2%    | Jumlah     | 1 klinik eksekutif                                                                          | 1 klinik eksekutif | 2,00         |
| 21                                         | Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs)                                                                             | 2%    | Persentase | 10%                                                                                         | 12%                | 2,00         |
| 22                                         | Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right                                                                                                     | 2%    | Persentase | 80%                                                                                         | 90,02%             | 2,00         |
| 23                                         | Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator                                                                 | 2%    | Jumlah     | 6 Laporan                                                                                   | 6 Laporan          | 2,00         |
| 24                                         | Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol                                                                              | 2%    | Jumlah     | 6 Laporan                                                                                   | 6 Laporan          | 2,00         |
| 25                                         | Kepatuhan kebersihan tangan                                                                                                                                                | 2%    | Persentase | ≥90%                                                                                        | 90,86%             | 2,00         |
| 26                                         | Kepatuhan penggunaan APD                                                                                                                                                   | 2%    | Persentase | 100%                                                                                        | 99%                | 1,00         |
| 27                                         | Kepatuhan identifikasi pasien                                                                                                                                              | 2%    | Persentase | 100%                                                                                        | 100,00%            | 2,00         |
| 28                                         | Waktu tunggu rawat jalan                                                                                                                                                   | 2%    | Persentase | ≥80%                                                                                        | 87,97%             | 2,00         |
| 29                                         | Penundaan detoksifikasi                                                                                                                                                    | 2%    | Persentase | ≤5%                                                                                         | 0%                 | 2,00         |
| 30                                         | Pelaporan hasil kritis laboratorium                                                                                                                                        | 2%    | Persentase | 100%                                                                                        | 100%               | 2,00         |
| 31                                         | Kepatuhan penggunaan formularium nasional                                                                                                                                  | 2%    | Persentase | ≥90%                                                                                        | 99,75%             | 2,00         |
| 32                                         | Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh                                                                                                                             | 2%    | Persentase | 100%                                                                                        | 100%               | 2,00         |
| 33                                         | Kecepatan waktu tanggap komplain                                                                                                                                           | 2%    | Persentase | ≥80%                                                                                        | 100%               | 2,00         |
| 34                                         | Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital                                                                                                   | 2%    | Jumlah     | 1 Sistem                                                                                    | 1 Sistem           | 2,00         |
| 35                                         | Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi. | 2%    | Persentase | 100%                                                                                        | 100%               | 2,00         |
| 36                                         | Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan                                                    | 2%    | Persentase | 92,5%                                                                                       | 100%               | 2,00         |
| 37                                         | Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU                                                                                                                                 | 3%    | Persentase | 95%                                                                                         | n/a                | 3,00         |
| 38                                         | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni                                                                                                                       | 3%    | Persentase | 97%                                                                                         | n/a                | 3,00         |
| 39                                         | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU                                                                                                                         | 2%    | Persentase | 95%                                                                                         | n/a                | 2,00         |
| 40                                         | Persentase nilai EBITDA Margin (RS Type 3)                                                                                                                                 | 2%    | Persentase | 10%                                                                                         | n/a                | 2,00         |
| IV PERSPEKTIF PERTUMBUHAN DAN PEMBELAJARAN |                                                                                                                                                                            |       |            |                                                                                             |                    |              |
| 41                                         | Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan                                                                                                                                  | 2%    | Persentase | 80%                                                                                         | n/a                | 2,00         |
| 42                                         | Persentase pegawai yang dikembangkan kompetensinya                                                                                                                         | 2%    | Persentase | ≥60% pegawai memperoleh peningkatan kapasitas SDM 20 JPL per tahun                          | n/a                | 2,00         |
| 43                                         | Persentase kehandalan sarana, prasarana dan fasilitas                                                                                                                      | 2%    | Persentase | 90%                                                                                         | 85,64%             | 1,00         |
| 44                                         | Persentase pemanfaatan sistem informasi manajemen RSKO yang terintegrasi                                                                                                   | 2%    | Persentase | 100% Unit layanan terkait implementasi rekam medis elektronik terintegrasi Radiologi (PACS) | 100%               | 2,00         |
| 45                                         | Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar                                                                                                                               | 2%    | Persentase | 70%                                                                                         | 32%                | 1,00         |
| 46                                         | Persentase integrasi data antrian pendaftaran , dan Medical Record                                                                                                         | 2%    | Persentase | 100%                                                                                        | 100%               | 2,00         |
| Jumlah                                     |                                                                                                                                                                            | 100%  |            |                                                                                             |                    | 89,00        |

**Ket:**

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
|  | : belum tercapai                    |
|  | Penilaian Indikator Kinerja Tahunan |

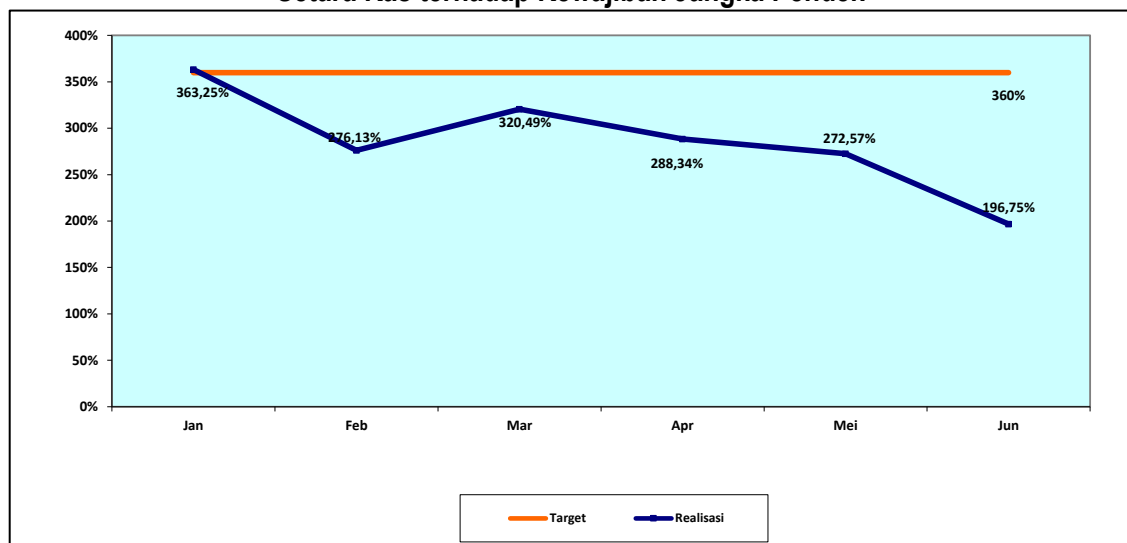
Nilai capaian Indikator Kinerja Utama RSB RSKO 2020-2024 sebesar 89 poin mengindikasikan bahwa kegiatan-kegiatan yang sudah ditargetkan untuk dilaksanakan pada semester I tahun 2023 sudah dilaksanakan seluruhnya namun masih ada pelaksanaan kegiatan yang belum optimal. Berikut hasil analisis monitoring dan evaluasi capaian indikator kinerja utama RSB semester I tahun 2023 ditinjau dari 4 perspektif kinerja yang ditargetkan untuk dicapai:

### 5.1.1. Perspektif Keuangan

#### 5.1.1.1. Persentase Perbandingan antara Kas dan Setara Kas terhadap Kewajiban Jangka Pendek (Cash Ratio)

Tujuan pertama yang ingin dicapai dari perspektif keuangan adalah terwujudnya kinerja keuangan rumah sakit yang sehat melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Persentase Perbandingan antara Kas dan Setara Kas terhadap Kewajiban Jangka Pendek (Cash Ratio)”***. Target kinerja yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah  $\leq 360\%$ .

**Grafik 5.1**  
**Persentase Perbandingan antara Kas dan Setara Kas terhadap Kewajiban Jangka Pendek**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Saldo kas dan setara kas per 30 Juni 2023 mencapai Rp5.702.917.191.
- Saldo kewajiban jangka pendek per 30 Juni 2023 sebesar Rp 2.898.519.755.
- Realisasi Persentase perbandingan antara kas dan setara kas terhadap kewajiban jangka pendek (rasio kas) adalah 196,75%.
- Target indikator kinerja persentase perbandingan antara kas dan setara kas terhadap kewajiban jangka pendek adalah  $\leq 360\%$  dengan kriteria penilaian optimal pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023 tercapai pada nilai  $240\% < X \leq 300\%$ .

- Pengelolaan kas/setara kas sudah dilakukan melalui pemanfaatan kas dan setara kas ke dalam instrumen investasi jangka pendek berupa deposito sebesar Rp26.100.000.000 (dua puluh enam miliar seratus juta rupiah).
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023., maka indikator ini pada semester I tahun 2023 belum tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Walaupun rumah sakit telah melakukan upaya pengelolaan kas/setara kas melalui pemanfaatan kas dan setara kas ke dalam instrumen investasi jangka pendek berupa deposito sebesar Rp26.100.000.000 (dua puluh enam miliar seratus juta rupiah), saldo kas dan setara kas pada akhir semester I tahun 2023 masih relatif tinggi, mencapai sebesar Rp5.702.917.191. Sehingga jika dibandingkan dengan jumlah hutang lancar di akhir semester I tahun 2023 yang sebesar Rp 2.898.519.755 nilai cash ratio menjadi sebesar 196,75%. Ini menunjukkan bahwa kas dan setara kas masih *idle*.

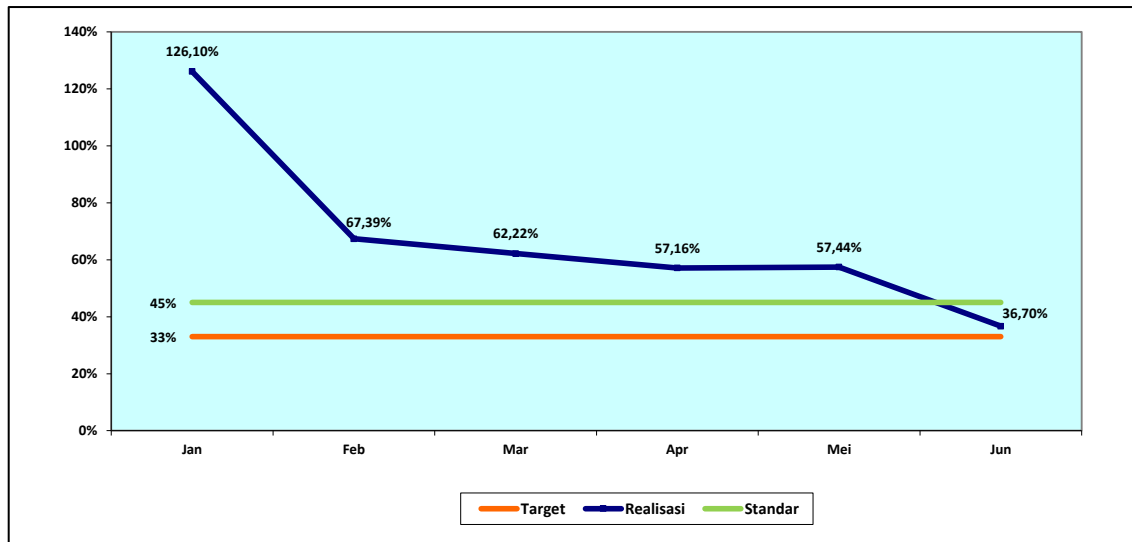
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan penatausahaan kas dan setara kas ke dalam instrumen investasi jangka pendek secara optimal setiap bulannya dengan tetap memperhitungkan tingkat likuiditas dan kebutuhan anggaran sampai dengan akhir bulan.
- Melakukan manajemen pembayaran utang usaha secara tepat waktu.

### 5.1.1.2. Rasio POBO

Tujuan kedua (ke-2) yang ingin dicapai dari perspektif keuangan adalah terwujudnya kinerja keuangan rumah sakit yang sehat melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Rasio POBO”**. Target kinerja yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 33%.

**Grafik 5.2**  
**Rasio POBO**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Untuk akhir semester I 2023, rasio POBO tercapai sebesar 36,70% atau terealisasi sesuai target, tetapi masih di bawah standar 45%. Hal ini mengindikasikan bahwa rumah sakit masih mampu mengendalikan beban operasional sehingga tercapai nilai rasio POBO sebesar 36,70%.
- Realisasi Rasio POBO adalah 36,70%, artinya tercapai optimal pada nilai skor 3, tetapi masih di bawah standar berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Sampai dengan akhir juni 2023, walaupun capaian nilai POBO sudah memenuhi target, tetapi masih di bawah standar. Hal ini disebabkan karena pendapatan rs sampai dengan akhir semester 1 masih di bawah target.

#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Meningkatkan pendapatan rumah sakit salah satunya dengan cara mengoptimalkan pengelolaan asset yang dimiliki oleh rumah sakit.

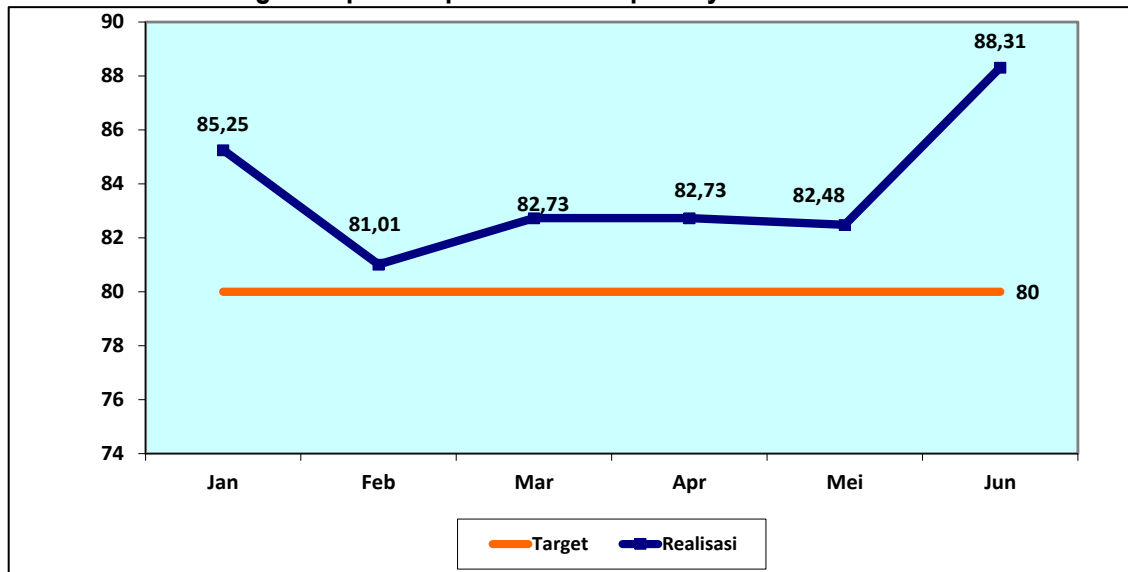


## 5.1.2. Perspektif Pelanggan

### 5.1.2.1. Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Tujuan pertama yang ingin dicapai dari perspektif pelanggan adalah terwujudnya kepuasan stakeholders melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU “**Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan**”. Target Kinerja yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah sebesar >80 poin.

**Grafik 5.3**  
**Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Realisasi nilai capaian rata – rata persentase capaian kepuasan pelanggan semester I tahun 2023 adalah sebesar **83,64 poin** atau telah memenuhi target yang ditetapkan sebesar >80 poin.
- Nilai unsur terendah dari hasil survei kepuasan adalah terkait Biaya/Tarif.
- Dengan nilai capaian 3 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023., maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal

**Kendala dan Permasalahan :**

- Walaupun tingkat capaian kepuasan pelanggan telah di atas target yang ditetapkan dalam IKU RSB, tetapi berdasarkan standard pada Peraturan Menteri PAN-RB Nomor 14 Tahun 2017, mutu pelayanan RSKO masih termasuk ke dalam kategori B (masih harus ditingkatkan agar masuk kategori A).
- Data hasil survei yang berada di web rsko belum dapat digunakan oleh hukormas

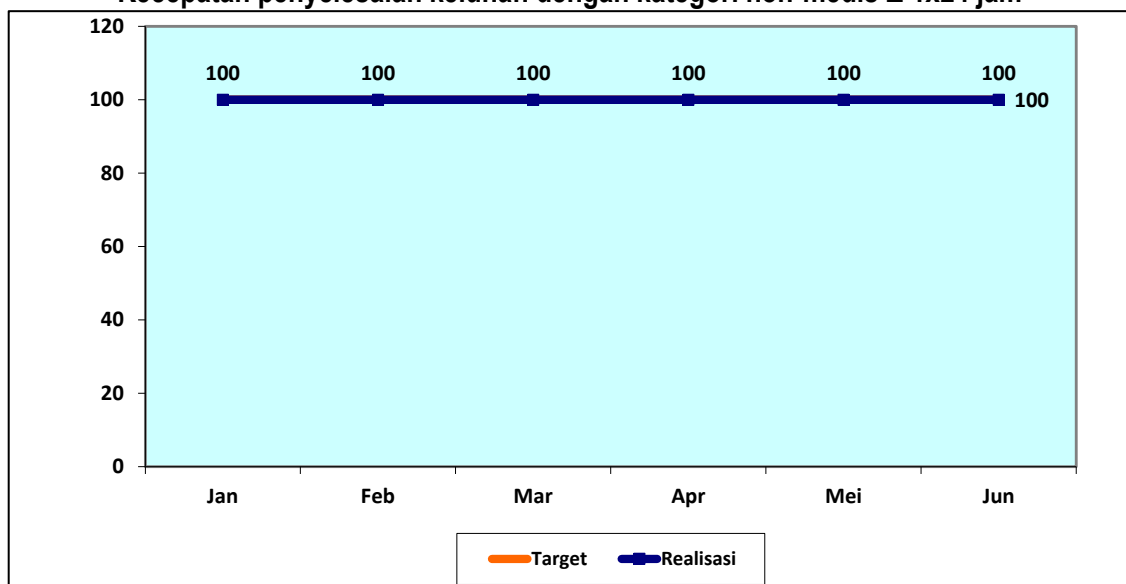
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Memperbaiki sistem, mekanisme dan prosedur pelayanan menjadi lebih baik melalui penerapan SOP.
- Melakukan monitoring dan evaluasi waktu penyelesaian layanan secara berkala.
- Meningkatkan kompetensi petugas pemberi layanan dan meningkatkan kemampuan komunikasi efektif dan service excellent petugas.
- Memaksimalkan Tablet media survei yang mudah diakses oleh pelanggan setiap masuk/berada di lingkungan rumah sakit ; mempermudah akses pelanggan dalam melakukan survei yang sudah ada di web rsko ; koordinasi dengan tim IT terkait laporan survei/hasil survei yang berada di web rsko

#### 5.1.2.2. Kecepatan penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis $\leq 1 \times 24$ jam

Tujuan kedua (ke-2) yang ingin dicapai dari perspektif pelanggan adalah terwujudnya kepuasan stakeholders melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Kecepatan penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis  $\leq 1 \times 24$  jam”**. Target Kinerja yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah sebesar 100%.

**Grafik 5.4**  
**Kecepatan penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis  $\leq 1 \times 24$  jam**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Realisasi nilai capaian kecepatan penyelesaian keluhan dengan kategori non-medis  $\leq 1 \times 24$  jam adalah sebesar 100% atau telah memenuhi target yang ditetapkan sebesar 100%.

- Dengan nilai capaian 3 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal

**Kendala dan Permasalahan :**

- Tidak ada kendala

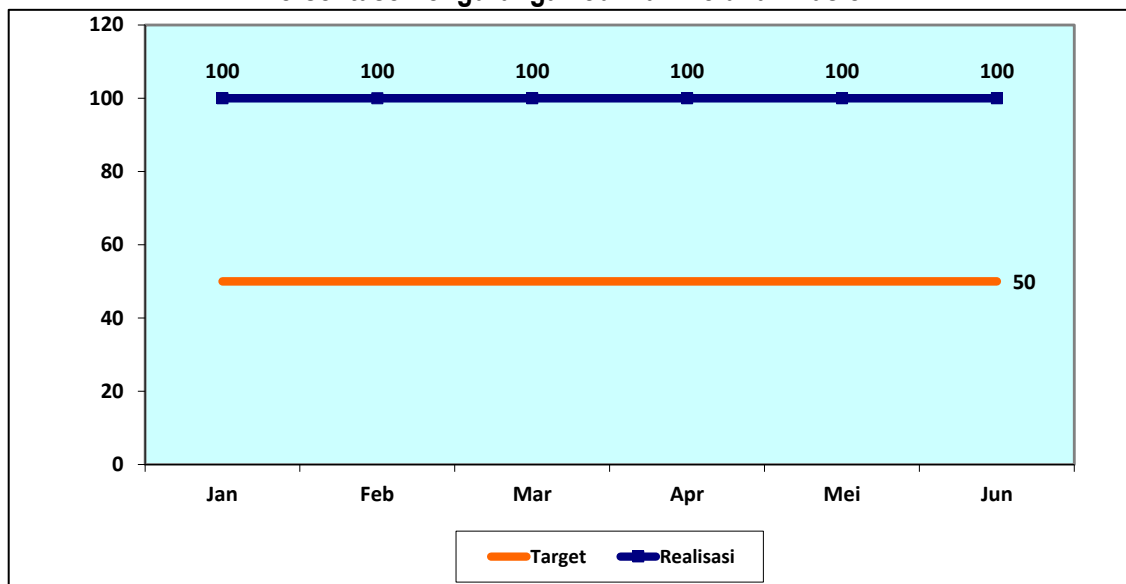
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan Monitoring dan Evaluasi secara berkala

### 5.1.2.3. Persentase Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien

Tujuan ketiga (ke-3) yang ingin dicapai dari perspektif pelanggan adalah terwujudnya kepuasan stakeholders melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU “**Persentase Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien**”. Target Kinerja yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah sebesar  $\geq 50\%$ .

**Grafik 5.5**  
**Persentase Pengurangan Jumlah Keluhan Pasien**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Realisasi nilai capaian persentase pengurangan jumlah keluhan pasien adalah sebesar 100% atau telah memenuhi target yang ditetapkan sebesar  $\geq 50\%$ .
- Dengan nilai capaian 3 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal

**Kendala dan Permasalahan :**

- Tidak ada kendala

**Rencana Pemecahan Masalah :**

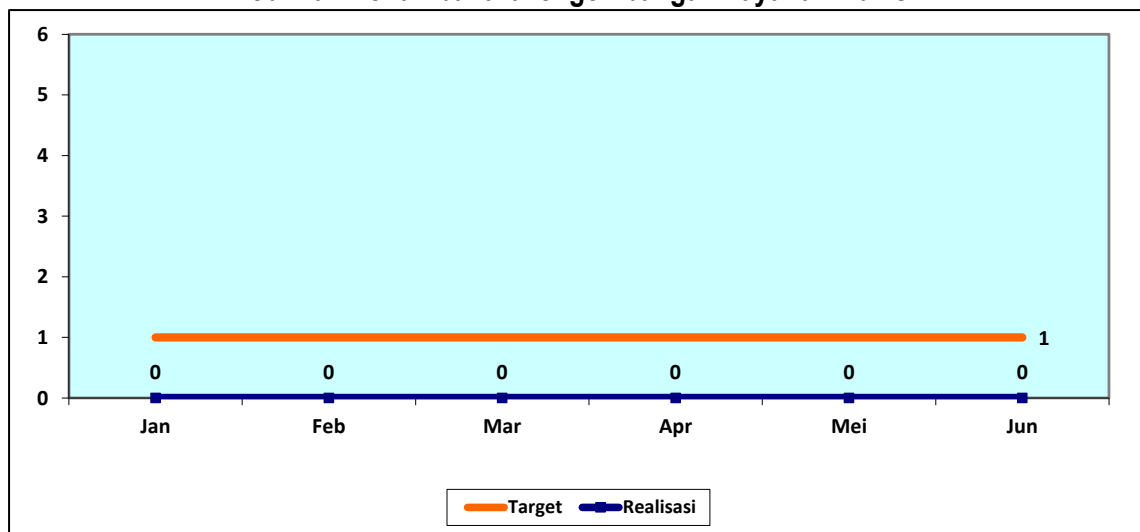
- Melakukan Monitoring dan Evaluasi secara berkala

### 5.1.3. Perspektif Bisnis Internal

#### 5.1.3.1. Jumlah Penambahan / pengembangan layanan adiksi

Tujuan pertama (ke-1) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya layanan NAPZA dan adiksi lainnya serta penyakit terkait secara komprehensif dan paripurna melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Jumlah Penambahan / Pengembangan Layanan Adiksi”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah sebanyak 1 (satu) layanan, yaitu tersedianya layanan Konsultasi Online (Telemedicine).

**Grafik 5.6**  
**Jumlah Penambahan/Pengembangan Layanan Adiksi**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Sampai dengan akhir semester I tahun 2023, penambahan/ pengembangan layanan belum terealisasi dari 1 layanan yang ditargetkan pada tahun 2023 yaitu tersedia layanan konsultasi online (*telemedicine*).
- SK Pembentukan tim *telemedicine* sudah di bentuk, MOU dengan Siap DOK dan Kimia Farma
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Ruang, sarana dan prasarana belum siap.

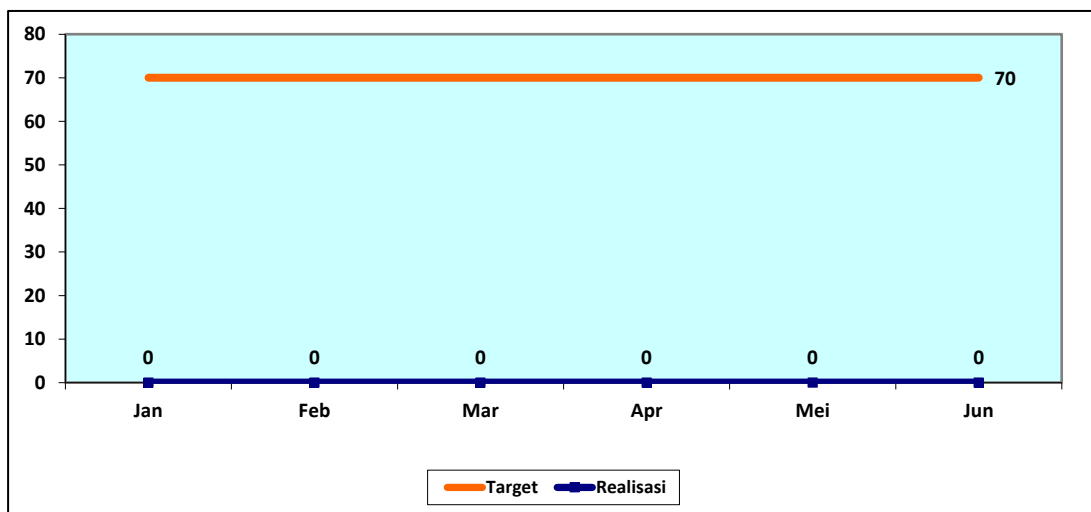
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Renovasi ruangan yang telah ada dan mengusulkan perangkat komputer, jaringan internet dan kamera..

### 5.1.3.2. Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup

Tujuan kedua (ke-2) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya layanan NAPZA dan adiksi lainnya serta penyakit terkait secara komprehensif dan paripurna melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 70%.

**Grafik 5.7**  
**Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Sampai dengan akhir semester I tahun 2023, indikator Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup belum bisa dilakukan perhitungan.
- Dengan nilai capaian 0 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 belum tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Belum dilakukan pelatihan untuk pengisian tools WHO QoL.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

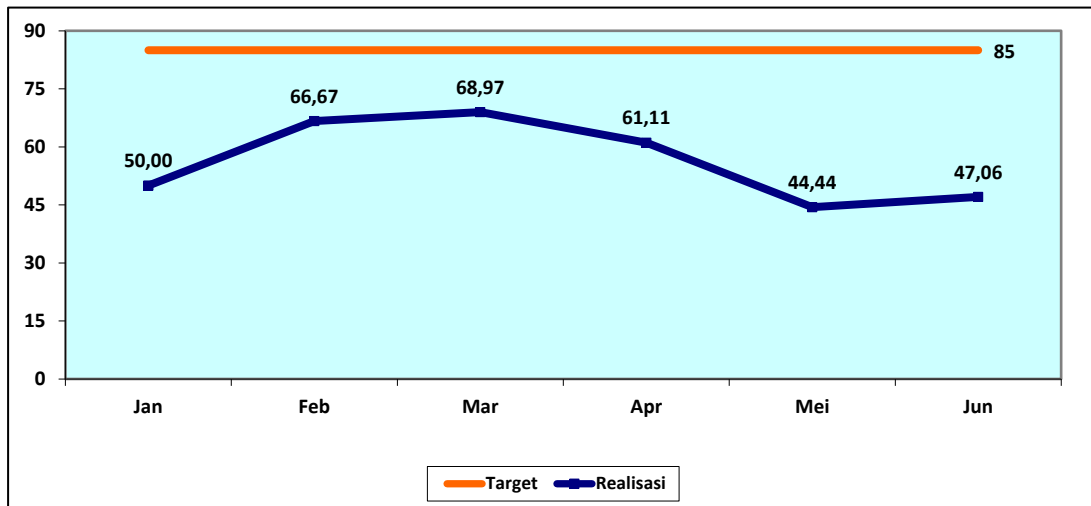
- Pelaksanaan pelatihan pengisian tools WHO QoL di rencanakan pada bulan Juli.

### 5.1.3.3. Kepatuhan terhadap Clinical Pathway

Tujuan ketiga (ke-3) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya layanan NAPZA dan adiksi lainnya serta penyakit terkait secara komprehensif dan

paripurna melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU “*Kepatuhan terhadap Clinical Pathway*”. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 85%.

**Grafik 5.8**  
**Kepatuhan terhadap Clinical Pathway**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Rata-rata Capaian Indikator Kepatuhan terhadap Clinical Pathway selama semester I tahun 2023 masih di bawah target yang ditetapkan, yaitu terealisasi sebesar 56,38% dari yang ditargetkan yaitu sebesar 85%.
- Dengan nilai capaian 1 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 belum tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Sebagian besar dari Farmasi tidak mengisi formulir edukasi dan rekonsiliasi obat

**Rencana Pemecahan Masalah :**

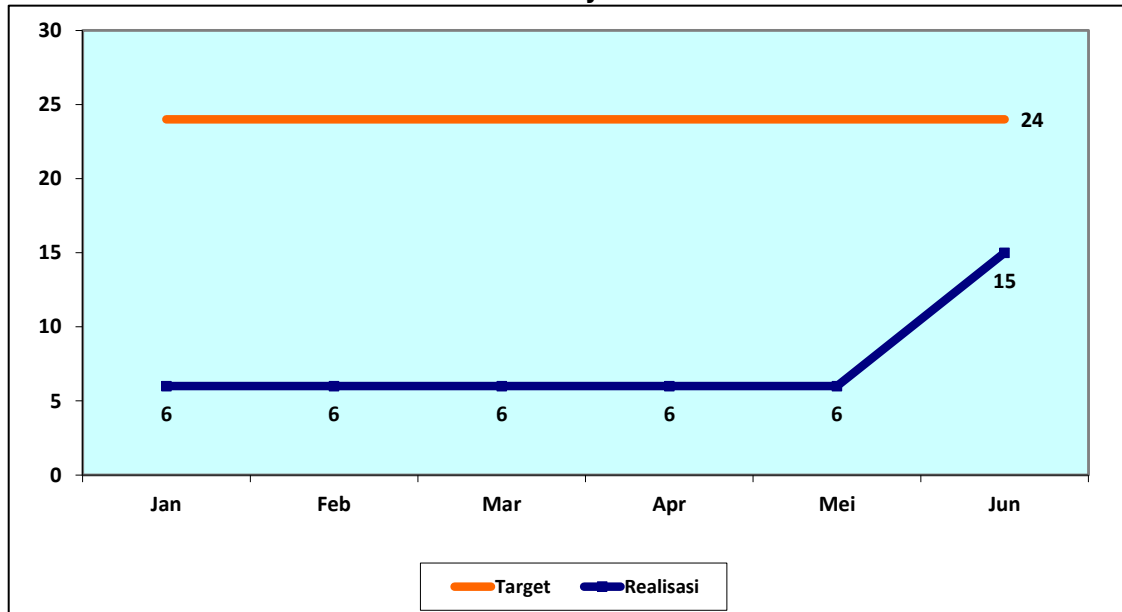
- Ketua Tim CP menindaklanjuti ke bagian farmasi untuk melengkapi formulir edukasi dan rekonsiliasi

**5.1.3.4. Jumlah jejaring dalam layanan, pendidikan dan penelitian gangguan Napza dan adiksi lainnya**

Tujuan keempat (ke-4) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Terwujudnya jejaring di tingkat nasional dan internasional dalam bidang Napza dan adiksi. Tingkat keberhasilan pencapaian ditetapkan melalui alat ukur IKU “*Jumlah jejaring dalam layanan, pendidikan dan penelitian gangguan Napza dan adiksi lainnya*”. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 24 jejaring.

**Grafik 5.9**

**Jumlah jejaring dalam layanan, pendidikan dan penelitian gangguan Napza dan adiksi lainnya**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Di akhir semester I 2023 jumlah jejaring dalam layanan, pendidikan dan penelitian baru terealisasi sebanyak 15 institusi yang bekerjasama dengan RSKO.
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

**PKS TERKAIT PENDIDIKAN, PELAYANAN DAN PENELITIAN SEMESTER I TAHUN 2023**

| No         | NOMOR PKS                   | NAMA INSTANSI                                      | TENTANG                                                                             | JANGKA WAKTU |            | ENIS KEGIATAN           |
|------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-------------------------|
| PENDIDIKAN |                             |                                                    |                                                                                     |              |            |                         |
| 1          | HK.03.01/XXIII.2/979/2023   | POLITEHNIK Jakarta I                               | Pemeriksaan Uji Tapis                                                               | 15/03/2023   | 15/03/2026 | 3 Tahun Pelayanan       |
| 2          | HK.03.01/XXIII.2/113/2022   | Universitas Atmajaya                               | Fakultas Psikologi                                                                  | 01/09/2023   | 01/09/2026 | 3 Tahun Pendidikan      |
| 3          | HK.03.01/XXIII.2/440/2022   | Sekolah Tinggi Teknologi Informasi Farmasi (STTIF) | Profesi Farmasi                                                                     | 27/1/2023    | 26/1/2028  | 5 Tahun Pendidikan      |
| 4          | HK.03.01/XXIII.2/ 970 /2023 | Universitas Negeri Jakarta                         | Praktek Kerja Psikologi                                                             | 16/2/2023    | 16/02/2025 | 2 Tahun Pendidikan      |
| 5          | HK.03.01/XXIII.2/1147/2023  | Institut Sains Dan Teknologi Nasional              | Penelitian Mahasiswa Program Sarjana Fakultas Farmasi                               | 26/2/2023    | 26/2/2026  | 3 Tahun Pendidikan      |
| PELAYANAN  |                             |                                                    |                                                                                     |              |            |                         |
| 6          | HK.03.01/XXIII.1/2424 /2022 | Laboratorium Pramita                               | Layanan Rujukan Laboratorium                                                        | 18/04/2023   | 18/04/2025 | 2 Tahun Pelayanan       |
| 7          | HK.03.01/XXIII.2/1599/2023  | PT. Asih Eka Abadi                                 | Pemeriksaan Uji Tapis                                                               | 10/03/2023   | 10/03/2026 | 3 Tahun Pelayanan       |
| 8          | HK.03.01/XXIII.2/6161/2022  | PT. Telekonsul Digital Indonesia                   | Penyelenggaraan Konsultasi Digital SiapDok                                          | 1/12/2022    | 1/12/2025  | 3 Tahun Pelayanan Medik |
| 9          | HK.03.01/XXIII.1/12/2022    | BPJS Kesehatan                                     | Layanan Kesehatan Rujukan                                                           | 2/12/2023    | 2/12/2024  | 1 Tahun Pelayanan       |
| 10         | HK.03.01/XXIII.2/ 6283/2022 | Addendum PT. Kartika Bina Medik                    | Pemeriksaan Uji Tapis Zat Dan Pelayanan Rehabilitasi Napza                          | 16/9/2022    | 16/9/2024  | 2 Tahun Pelayanan Medik |
| PENELITIAN |                             |                                                    |                                                                                     |              |            |                         |
| 11         | HK.03.01/XXIII.2/2069/2023  | MoU UIN                                            | Pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi                                             | 06/04/2023   | 06/04/2028 | 5 Tahun Penelitian      |
| 12         | HK.03.01/XXIII.2/4639/2021  | PKS STIKes Pamentas                                | Pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi                                             | 19/08/2021   | 18/08/2024 | 3 Tahun Penelitian      |
| 13         | HK.03.01/XXIII.2/5170/2022  | PKS Tripartit UIN, RSUP Fatmawati dan RSKO         | Penyelenggaraan Tridarma Perguruan Tinggi                                           | 18/10/2021   | 158/3/2024 | 3 Tahun Penelitian      |
| 14         | HK.03.01/XXIII.2/1125/2022  | Tripartit Unika Atmajaya, RS Atmajaya dengan RSKO  | Penyelenggaraan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian Bidang Kedokteran di RSKO Jakarta | 02/03/2020   | 10/03/2025 | 5 Tahun Penelitian      |
| 15         | HK.03.01/XXIII.2/2566/2022  | Tripartit UKI, RSU UKI dengan RSK                  | Penyelenggaraan kegiatan pendidikan dibidang kesehatan                              | 19/5/2022    | 19/5/2027  | 5 Tahun Penelitian      |

**Kendala dan Permasalahan :**

- Tidak ada kendala.

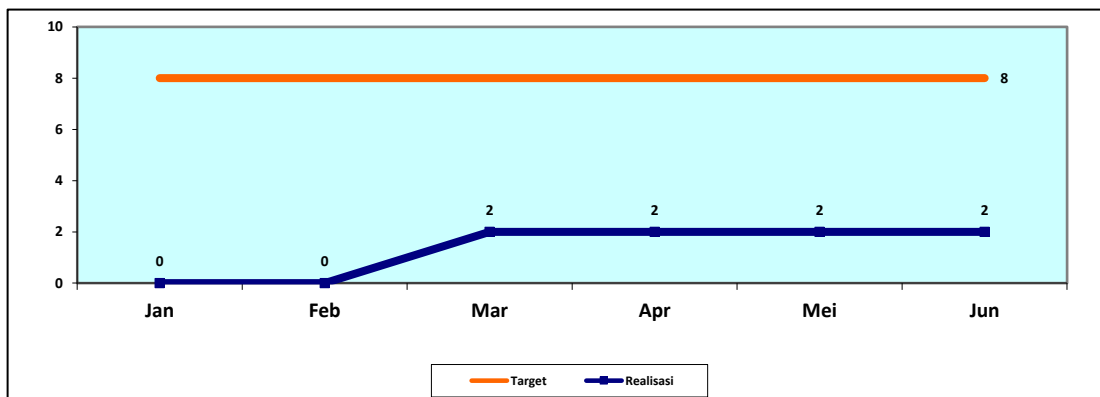
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Berkoordinasi dengan pihak terkait apabila ada perubahan PKS yang dituangkan ke dalam addendum.
- Melakukan monev secara berkala.

**5.1.3.5. Jumlah presentasi ilmiah yang dilakukan petugas RSKO yang dipublikasikan secara nasional dan/atau internasional**

Tujuan kelima (ke-5) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya penyelenggaraan, pendidikan, pelatihan dan penelitian yang unggul. Tingkat keberhasilan pencapaian ditetapkan melalui alat ukur *IKU "Jumlah presentasi ilmiah yang dilakukan petugas RSKO yang dipublikasikan secara nasional dan/atau internasional"*. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 8 presentasi ilmiah.

**Grafik 5.10**  
**Jumlah presentasi ilmiah yang dilakukan petugas RSKO yang dipublikasikan secara nasional dan/atau internasional**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Jumlah presentasi ilmiah yang dilakukan petugas RSKO secara nasional dan/internasional sampai dengan akhir semester 1 baru terealisasi 2 (pada bulan maret a.n Okta Mustikallah sebagai narasumber di pusat kesehatan haji dan Ahmad Riyadi sebagai narasumber kemenkes di P2P terkait terapi HIV dari 5 presentasi ilmiah yang ditargetkan di tahun 2023.
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

**Kendala dan Permasalahan :**

- ada presentasi ilmiah belum dipublikasikan.



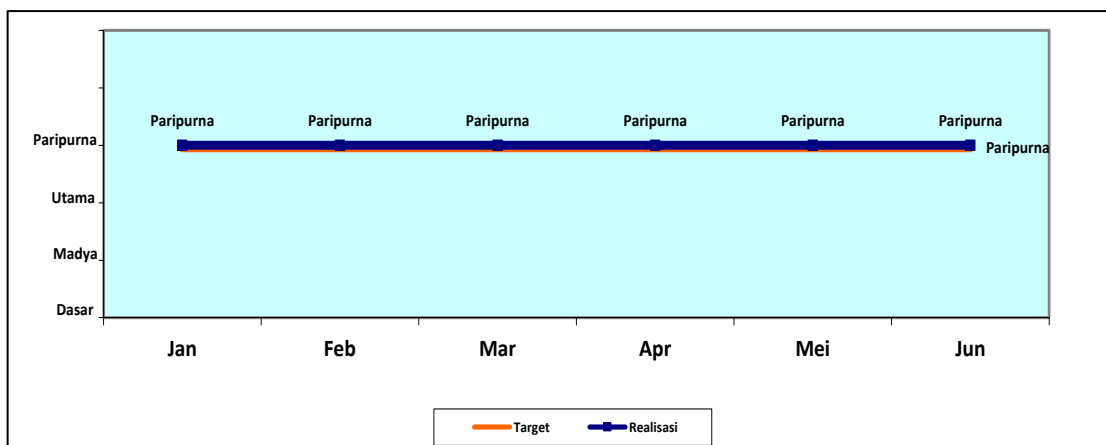
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Berkoordinasi dengan tim pengadaan swakelola agar dimasukkan dalam rencana penerbitan BIP (Buletin Ilmiah Populer).

#### 5.1.3.6. Tingkat Akreditasi Nasional

Tujuan keenam (ke-6) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang profesional melalui penilaian akreditasi berdasarkan Standar Nasional Akreditasi RS (SNARS). Tingkat keberhasilan pencapaian ditetapkan melalui alat ukur berupa IKU “**Tingkat Akreditasi Nasional**”. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah mempertahankan predikat Akreditasi Paripurna.

**Grafik 5.11**  
**Tingkat Akreditasi Nasional**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Tingkat Kelulusan Akreditasi Nasional Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta Sudah tercapai Paripurna, sesuai dengan Serifikat Akreditasi RS Nomor : KARS-SERT/1089/III/2023 tanggal 8 Mei 2023 yang berlaku s.d 13 Maret 2027.
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dinilai capaiannya berlaku selama 4 tahun (2023 s.d 2027).

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala

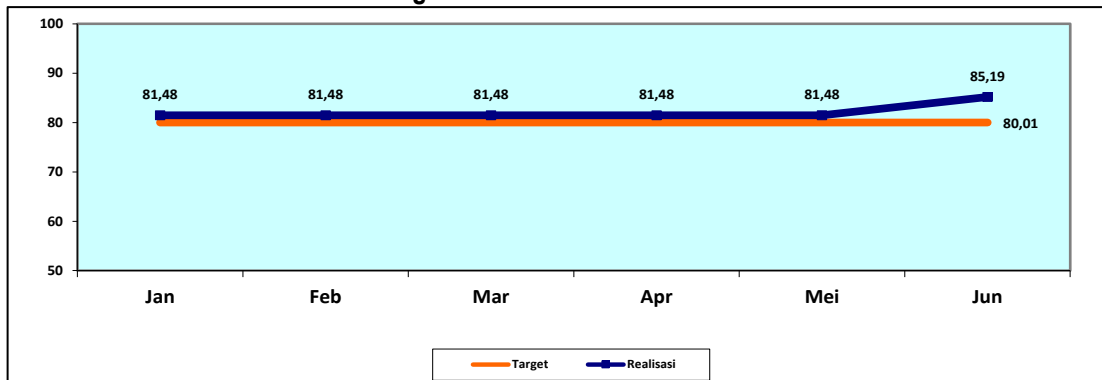
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan Monitoring dan Evaluasi.

### 5.1.3.7. Tingkat Kesehatan Rumah Sakit

Tujuan ketujuh (ke-7) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang profesional melalui penilaian tingkat kesehatan RS berdasarkan Perdirjen 24 tahun 2018. Tingkat keberhasilan pencapaian ditetapkan melalui alat ukur berupa IKU “**Tingkat Kesehatan RS**”. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah Kriteria BAIK (AA, apabila  $80 < TS \leq 95$ ).

**Grafik 5.12**  
**Tingkat Kesehatan Rumah Sakit**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Perhitungan indikator kinerja keuangan, kinerja pelayanan serta mutu dan manfaat bagi masyarakat sudah sesuai target yang diharapkan yaitu memperoleh total nilai skor kinerja sebesar 85,19, sehingga tingkat kesehatan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta digolongkan dalam kelompok kriteria RS BAIK “AA” sesuai dengan Perdirjen Perbendaharaan nomor : PER-24 tahun 2018
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal

**Kendala dan Permasalahan :**

- Walaupun rumah sakit telah melakukan upaya pengelolaan kas/setara kas melalui pemanfaatan kas dan setara kas ke dalam instrumen investasi jangka pendek berupa deposito sebesar Rp26.100.000.000 (dua puluh enam miliar seratus juta rupiah), saldo kas dan setara kas pada akhir semester I tahun 2023 masih relatif tinggi, mencapai sebesar Rp5.702.917.191. Sehingga jika dibandingkan dengan jumlah hutang lancar di akhir semester I tahun 2023 yang sebesar Rp 2.898.519.755 nilai cash ratio menjadi sebesar 196,75%. Ini menunjukkan bahwa kas dan setara kas masih *idle*.
- Belum optimalnya nilai perputaran aset tetap di semester I tahun 2023 antara lain karena return atas pemanfaatan aset RS masih rendah, kinerja aset RS masih belum optimal.
- Belum optimalnya nilai imbalan atas aset tetap di semester I tahun 2023 antara lain karena pengembalian atas penggunaan aset RS masih rendah, kinerja aset perusahaan

masih belum optimal, sehingga skor imbalan atas aset tetap yang dihasilkan masih dibawah standar

- Belum optimalnya nilai imbalan ekuitas di semester I tahun 2023 antara lain karena keuntungan bersih yang dihasilkan RS melalui pemanfaatan ekuitas masih relative rendah.
- Belum optimalnya nilai perputaran persediaan di semester I tahun 2023 antara lain karena nilai persediaan relatif masih besar.
- Capaian rasio POBO di semester I tahun 2023 sudah mencapai target yang ditetapkan walaupun masih di bawah standar.
- Belum optimalnya pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan di semester I tahun 2023 antara lain karena terjadi penurunan kunjungan non klinik ( SBN, SKS, SKBW, SKKJ), klinik penyakit dalam, klinik umum dan klinik gigi.
- Belum optimalnya nilai BOR di semester I tahun 2023 antara lain karena terjadi peningkatan jumlah rawat inap yang cukup signifikan dengan jumlah tempat tidur yang tetap.
- Belum optimalnya nilai Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan di semester I tahun 2023 antara lain karena belum seluruh pelatihan internal dilaksanakan, pengumpulan informasi dari pegawai yang mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas secara mandiri belum optimal.
- Belum optimalnya nilai Length Of Stay (LOS) antara lain adalah karena kebanyakan pasien yang dirawat di RSKO Jakarta adalah pasien dengan kasus hukum, baik proses atau putusan pengadilan, sehingga pemulangan pasien harus mengikuti proses dan putusan pengadilan.
- Belum optimalnya nilai kepuasan pelanggan di semester I tahun 2023 antara lain dikarenakan terkendala dengan jumlah SDM dan ketersediaan sarana pendukung berupa alat/gadget.
- Belum optimalnya nilai proper lingkungan (KLH) di semester I tahun 2023 antara lain kurangnya keikutsertaan pegawai terkait kegiatan yang berhubungan dengan proper lingkungan, serta kadar ammonia masih melebihi nilai ambang batas.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

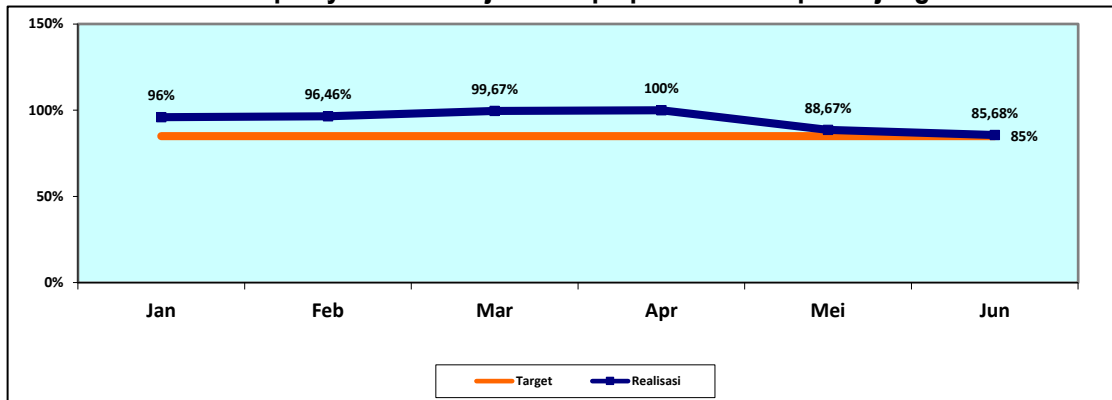
- Melakukan penatausahaan kas dan setara kas ke dalam instrumen investasi jangka pendek secara optimal setiap bulannya dengan tetap memperhitungkan tingkat likuiditas dan kebutuhan anggaran sampai dengan akhir bulan.
- Melakukan manajemen pembayaran utang usaha secara tepat waktu.

- Pembelian persediaan berdasarkan pada kebutuhan RS
- Menghitung/menentukan jumlah stok persediaan secara akurat baik untuk dipergunakan dan/ atau untuk dijual kembali serta sebagai buffer stock melalui koordinasi antara Keuangan, ULP maupun PIC 3 gudang persediaan yang ada di RSKO (gudang farmasi, gudang gizi dan gudang umum) terkait proses pengadaan dan stok barang di gudang.
- Meningkatkan pendapatan rumah sakit dengan cara mengoptimalkan pengelolaan asset yang dimiliki oleh rumah sakit.
- melakukan koordinasi dengan penegak hukum agar pengguna dan penyalahguna napza dilakukan rehabilitasi
- Berkoordinasi dengan tim pemasaran untuk lebih mensosialisasikan layanan RSKO Jakarta, bekerjasama dengan BPJS kesehatan diharapkan dapat meningkatkan jumlah kunjungan rawat jalan.
- Menyediakan metode pengumpulan informasi pegawai yang mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas secara mandiri melalui link bit.ly
- Melengkapi sarana/prasarana yang dibutuhkan dalam pelaksanaan survei kepuasan pelanggan, terutama pelaksanaan survei secara daring melalui penyediaan gadget khusus serta meningkatkan sumber daya manusia yang terlibat dalam penyelenggaraan dan pengolahan data survei.
- Berkoordinasi dengan unit kerja yang capaian kepuasan pelanggannya masih di bawah target serta menambahkan layanan yang belum masuk ke dalam daftar pertanyaan survei.
- Mengusulkan pelatihan pegawai yang berhubungan dengan proper lingkungan serta penambahan blower untuk meningkatkan kadar oksigen dalam air limbah.
- 

#### **5.1.3.8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang**

Tujuan kedelapan (ke-8) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang profesional melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 85%.

**Grafik 5.13**  
**Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Rata-rata realisasi Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang pada semester I 2023 sudah mencapai target yang diharapkan yaitu terealisasi rata-rata 94% dari target 85%.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal

**Kendala dan Permasalahan:**

- Tidak ada kendala

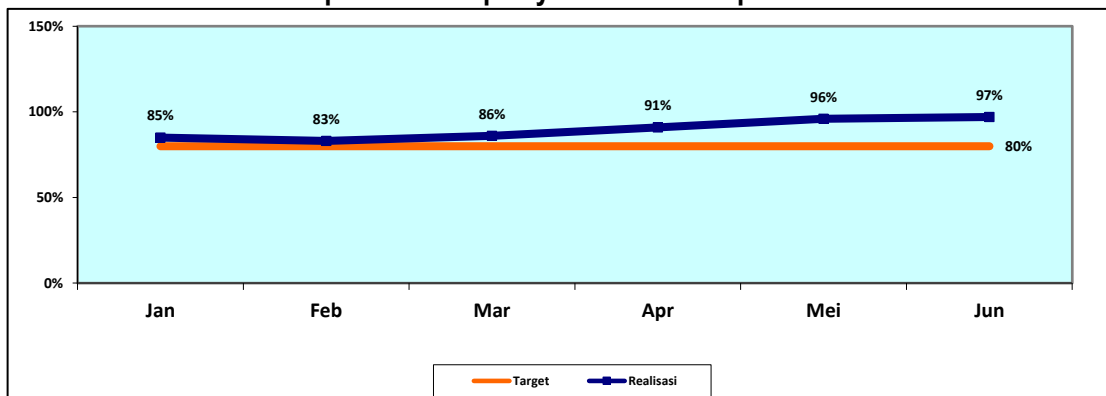
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.9. Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik

Tujuan kesembilan (ke-9) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang profesional melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU "**Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik**". Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 80%.

**Grafik 5.14**  
**Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Rata-rata realisasi Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik pada semester I 2023 sudah mencapai target yang diharapkan yaitu terealisasi rata-rata 90% dari target 85%.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal

**Kendala dan Permasalahan:**

- Tidak ada kendala

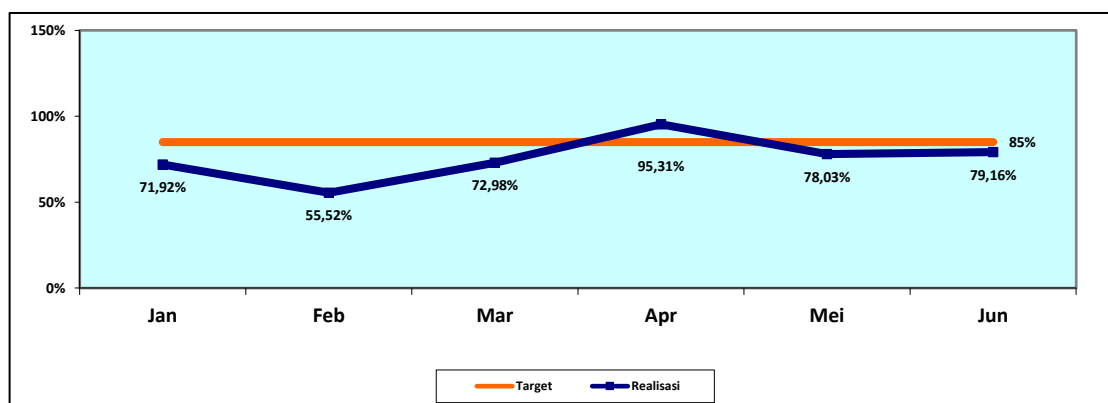
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

**5.1.3.10. Ketepatan waktu visite dokter**

Tujuan kesepuluh (ke-10) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang profesional melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU “*Ketepatan waktu visite dokter*”. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 85%.

**Grafik 5.15**  
**Ketepatan waktu visite dokter**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Rata-rata Capaian Indikator Ketepatan waktu visite dokter selama semester I tahun 2023 masih di bawah target yang ditetapkan, yaitu terealisasi sebesar 75,49% dari yang ditargetkan yaitu sebesar 85%.
- Dengan nilai capaian 1 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 belum tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Sebagian DPJP masih merangkap melakukan pelayanan di poliklinik.

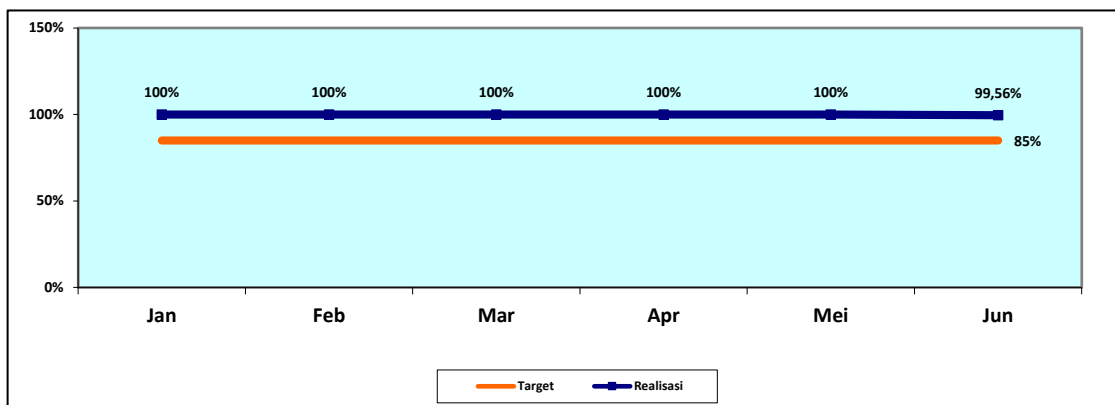
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Evaluasi pembagian waktu tugas DPJP di poli rawat jalan dan rawat inap.

**5.1.3.11. Waktu tunggu pasien masuk ruang MPE (*Medic Psychiatric Evaluation*) <6jam**

Tujuan kesebelas (ke-11) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya penyelenggaraan sistem manajemen RS yang profesional melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU "***Waktu tunggu pasien masuk ruang MPE(Medic Psychiatric Evaluation) <6jam***". Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 85%.

**Grafik 5.16**  
**Waktu tunggu pasien masuk ruang MPE(*Medic Psychiatric Evaluation*) <6jam**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Rata-rata realisasi Waktu tunggu pasien masuk ruang MPE(Medic Psychiatric Evaluation) <6jam selama semester I tahun 2023 sudah mencapai target yang ditetapkan yaitu terealisasi sebesar 99,9% dari yang ditargetkan sebesar 85%
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Tidak ada kendala

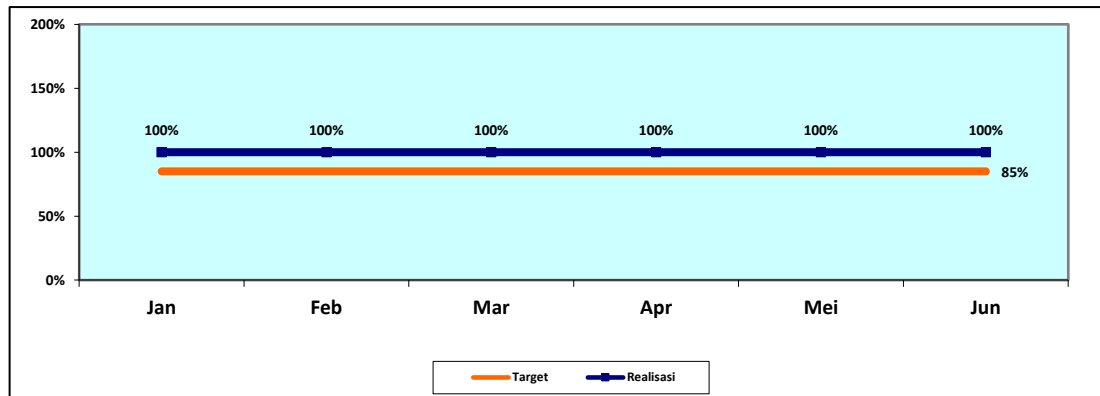
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.12. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal

Tujuan kedua belas (ke-12) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah terwujudnya peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi. Tingkat keberhasilan pencapaian ditetapkan melalui alat ukur berupa *IKU "Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal"*. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 85% Kasus rujukan melalui SISRUTE yang memiliki *respon time* kurang dari 1 (satu) jam.

**Grafik 5.17**  
**Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi**  
**di RS UPT Vertikal**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Pada semester 1 tahun 2023 pelaksanaan system rujukan terintegrasi di rumah sakit ketergantungan obat Jakarta sudah tercapai bahkan melebihi dari target yang ditentukan yaitu sudah tercapai 100% dari target 85% Kasus rujukan melalui SISRUTE yang memiliki respon time kurang dari 1 (satu) jam.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan:

- Tidak ada kendala

#### Rencana Pemecahan Masalah :

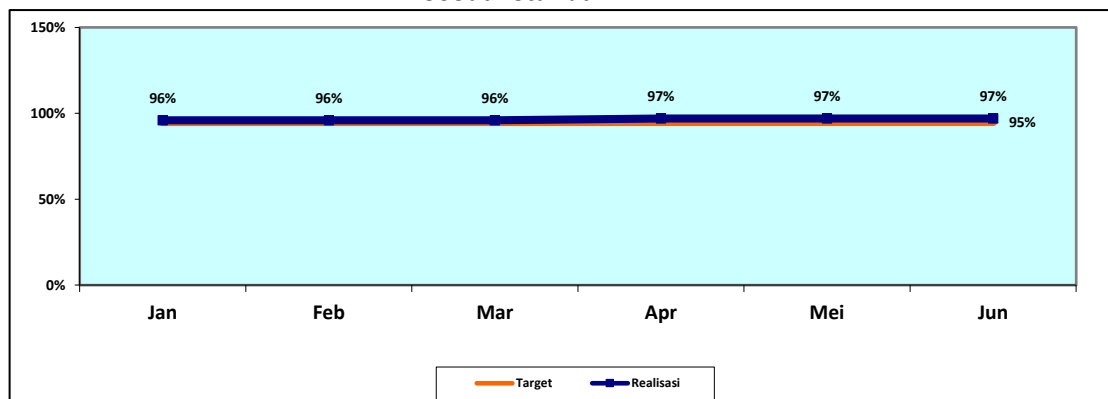
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala



#### 5.1.3.13. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Tujuan ketiga belas (ke-13) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 95%.

**Grafik 5.18**  
**Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Pada semester 1 tahun 2023 Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar sudah tercapai bahkan melebihi dari target yang ditentukan yaitu sudah tercapai 97% dari target 95%.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan:

- Tidak ada kendala

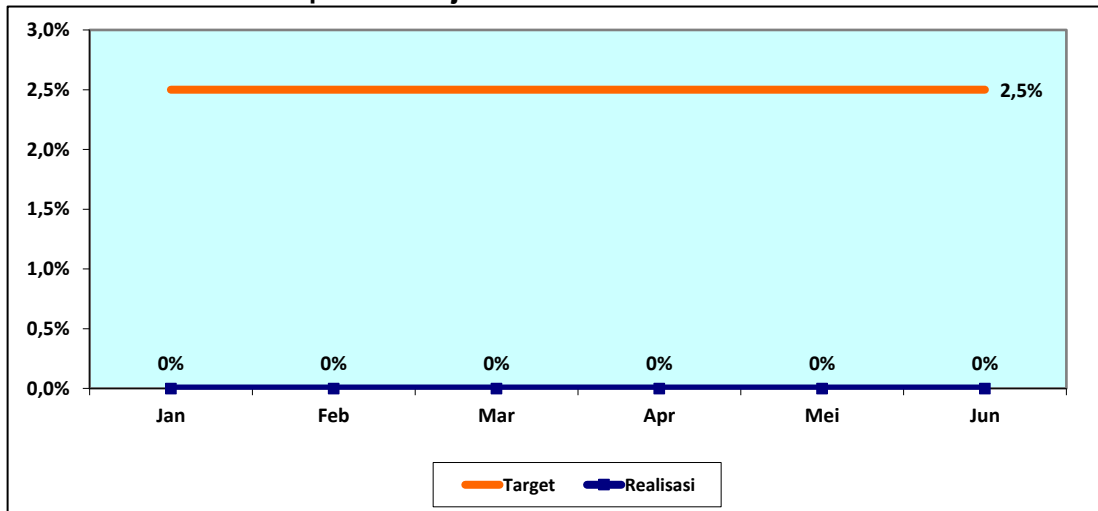
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.14. Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal

Tujuan keempat belas (ke-14) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah < 2,5.

**Grafik 5.19**  
**Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Realisasi Persentase penurunan jumlah kematian di Rumah Sakit Vertikal Pada semester 1 tahun 2023 sudah tercapai dari target yang ditentukan yaitu sudah tercapai 0% dari target <2,5%.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan:**

- Tidak ada kendala

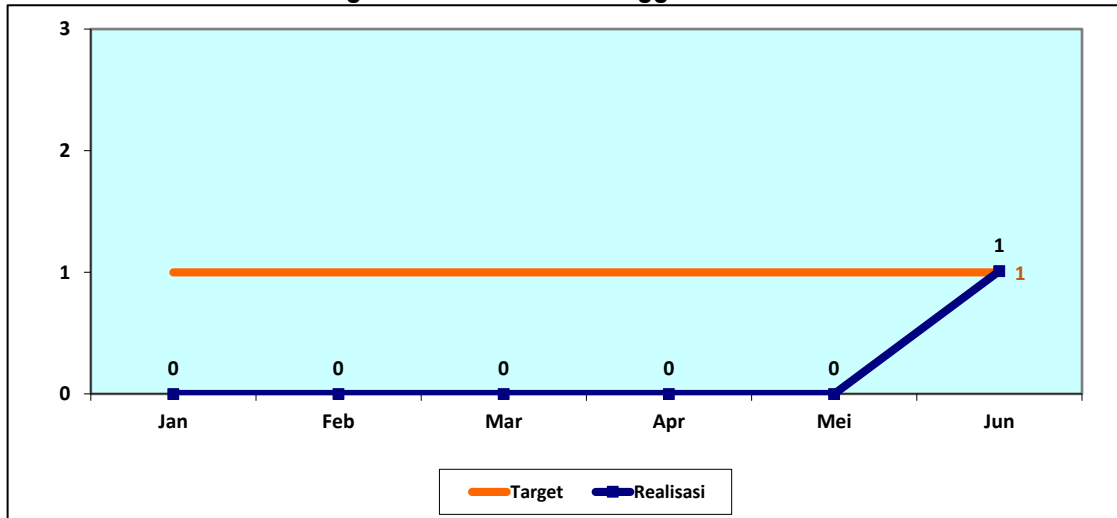
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

**5.1.3.15. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran**

Tujuan kelima belas (ke-15) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 1 klinik eksekutif.

**Grafik 5.20**  
**Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Realisasi Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) di Rumah Sakit sesuai dengan Rencana Bisnis Anggaran Pada semester 1 tahun 2023 sudah tercapai dari target yang ditentukan yaitu sudah terealisasi 1 klinik dari target 1 klinik eksekutif.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Ruang, sarana dan prasarana masih menunggang di ruang MCU

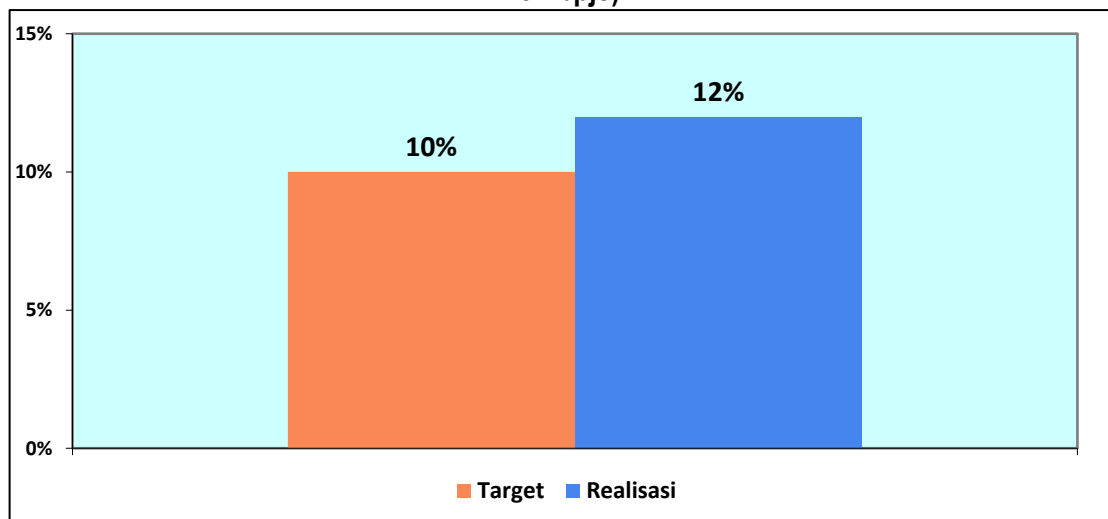
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Mengusulkan untuk renovasi ruangan dan melengkapi sarana dan prasarana

#### 5.1.3.16. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs)

Tujuan keenam belas (ke-16) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs)”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 10%.

**Grafik 5.21**  
**Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs)**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Realisasi Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP (klinik eksekutif non bpjs) pada semester 1 tahun 2023 sudah tercapai dari target yang ditentukan yaitu sudah terealisasi sebesar 12% dari target 10%.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Petugas Instalasi farmasi dan kasir belum bisa standby di klinik eksekutif

#### Rencana Pemecahan Masalah :

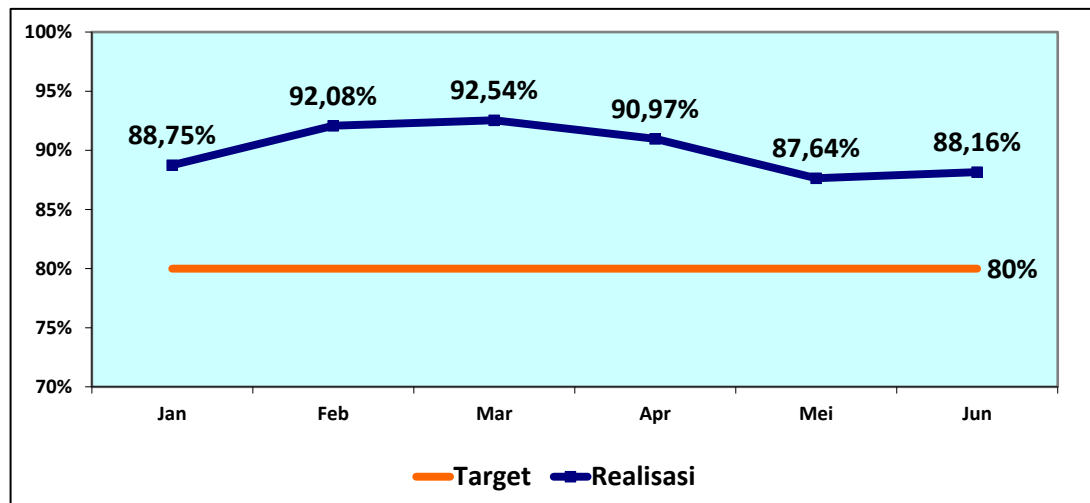
- Mengusulkan tenaga dari bagian Instalasi Farmasi dan Kasir untuk dapat stanby di klinik eksekutif.

### 5.1.3.17. Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right

Tujuan ketujuh belas (ke-17) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 80%.

**Grafik 5.22**

#### Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Rata-rata realisasi Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right selama semester 1 tahun 2023 sudah tercapai dari target yang ditentukan yaitu sudah terealisasi sebesar 90,02% dari yang ditargetkan sebesar 80%.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Hasil penilaian *Clinical Pathway* yang menjadi salah satu komponen penilaian Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right masih rendah.

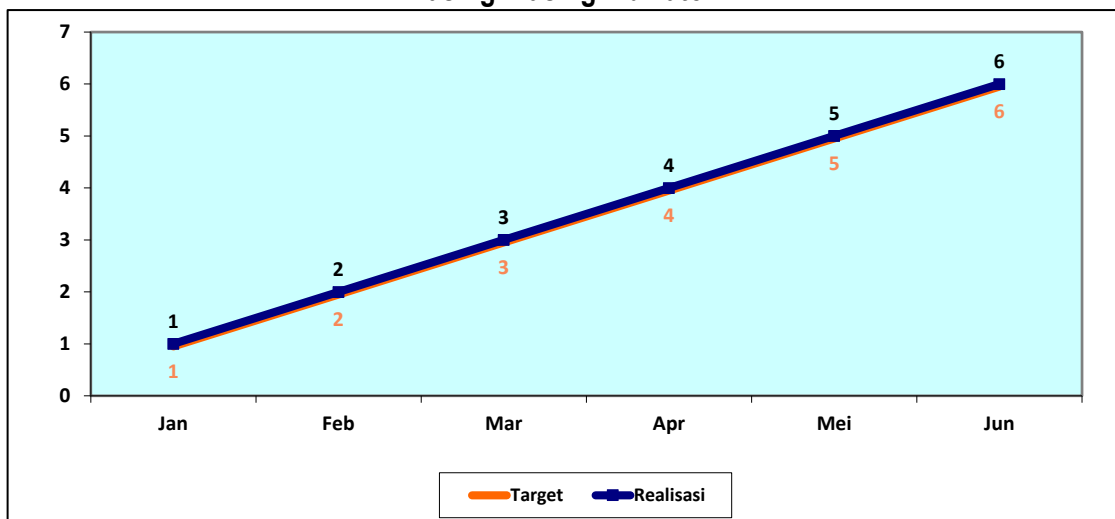
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Meningkatkan indikator khususnya penilaian *Clinical Pathway* yang menjadi salah satu komponen penilaian capaian Penyelenggaraan Layanan Napza berbasis Safewards dan WHO-Quality Right.
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.

### 5.1.3.18. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Tujuan kedelapan belas (ke-18) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 12 laporan.

**Grafik 5.23**  
**Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Realisasi Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu dengan hasil mencapai target masing-masing indikator di akhir semester 1 tahun 2023 sudah terealisasi sebanyak 6 laporan dari yang ditargetkan sebanyak 6 laporan selama semester I tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala

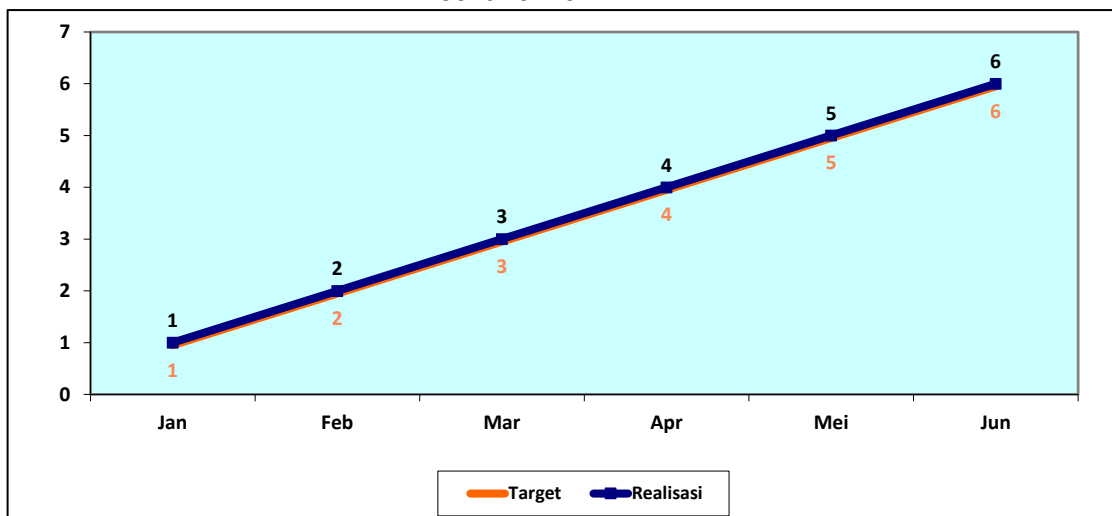
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

### 5.1.3.19. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol

Tujuan kesembilan belas (ke-19) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 12 laporan.

**Grafik 5.24**  
**Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Realisasi Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol sudah terealisasi sebanyak 6 laporan dari yang ditargetkan sebanyak 6 laporan selama semester I tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala

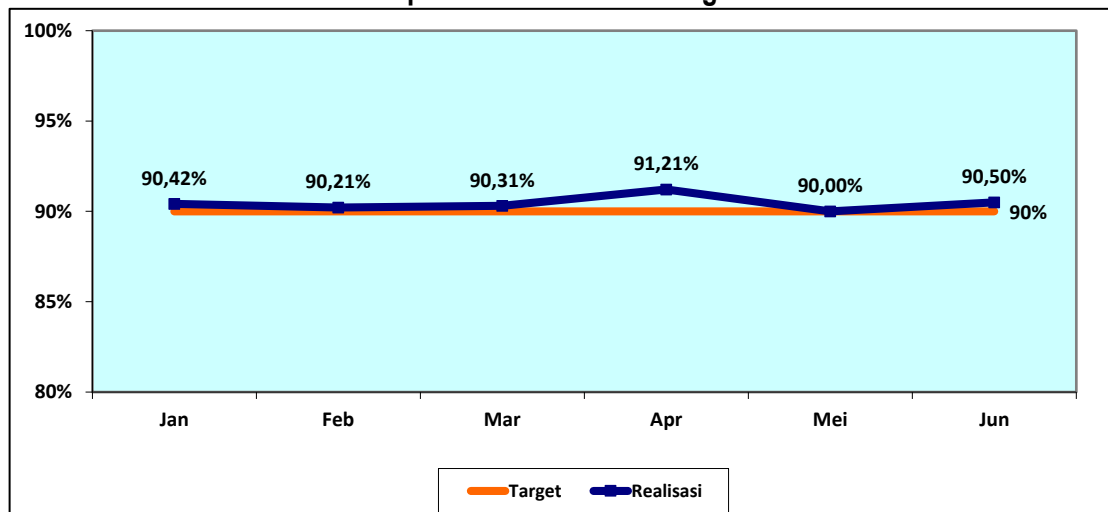
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.20. Kepatuhan kebersihan tangan

Tujuan kedua puluh (ke-20) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***"Kepatuhan kebersihan tangan"***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah  $\geq 90\%$ .

**Grafik 5.25**  
**Kepatuhan kebersihan tangan**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Selama semester 1 tahun 2023 rata-rata realisasi Kepatuhan kebersihan tangan sudah sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 90,86% dari yang ditargetkan sebesar  $\geq 90\%$  di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Ketersediaan tissu di beberapa tempat wastafel tidak selalu tersedia

#### Rencana Pemecahan Masalah :

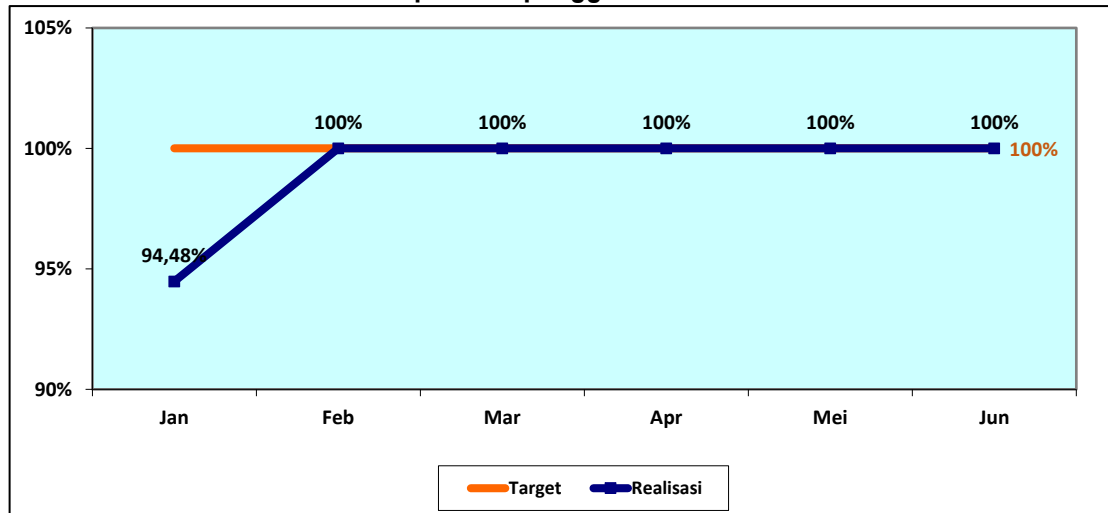
- Penyediaan Tissu, handwash dan handrub ditingkatkan lagi
- Meningkatkan sosialisasi kepada pengunjung, pasien dan petugas kesehatan terkait
- Melakukan peninjauan lapangan secara berkesinambungan dengan unit terkait.



#### 5.1.3.21. Kepatuhan penggunaan APD

Tujuan kedua puluh satu (ke-21) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Kepatuhan penggunaan APD”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 100%.

**Grafik 5.26**  
**Kepatuhan penggunaan APD**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Selama semester 1 tahun 2023 rata-rata realisasi Kepatuhan penggunaan APD masih di bawah target yang ditentukan yaitu baru terealisasi sebesar 99% dari yang ditargetkan sebesar 100% di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 1 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 belum tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Jenis APD yang sesuai dengan standar yang ditentukan dari kepala sampai kaki sudah tersedia tetapi jumlahnya relatif terbatas
- Pemahaman tentang penggunaan APD yang sesuai dengan indikasi masih belum tersosialisasi.

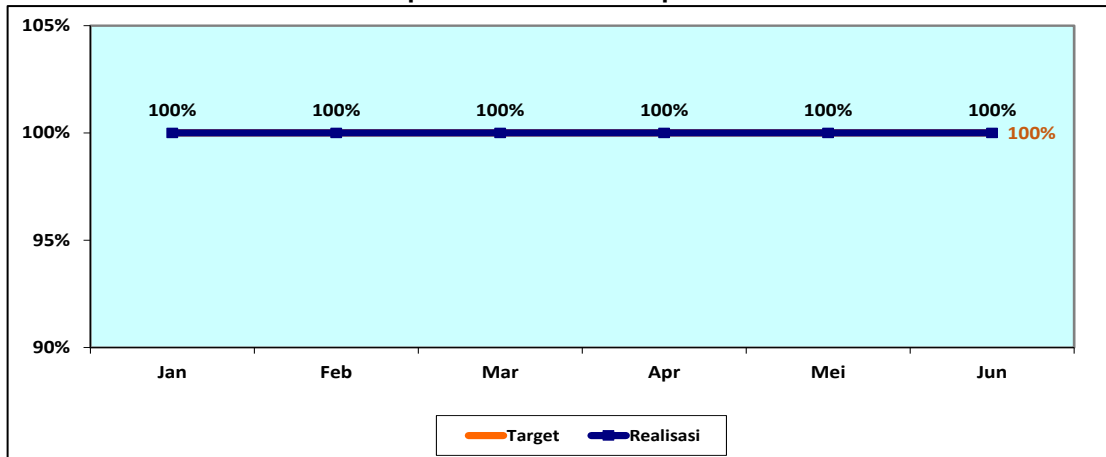
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Edukasi penghitungan kebutuhan APD dengan benar untuk setiap instalasi
- Sosialisasi terkait etika batuk; sosialisasi pemakaian APD dengan benar

### 5.1.3.22. Kepatuhan identifikasi pasien

Tujuan kedua puluh dua (ke-22) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Kepatuhan identifikasi pasien”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 100%.

**Grafik 5.27**  
**Kepatuhan identifikasi pasien**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Selama semester 1 tahun 2023 rata-rata realisasi Kepatuhan identifikasi pasien sudah sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 100% dari yang ditargetkan sebesar 100% di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala

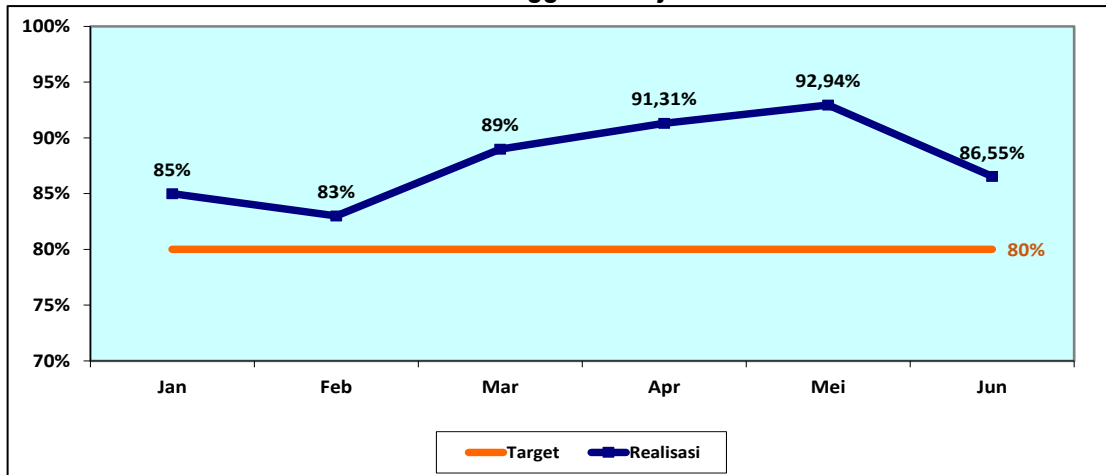
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Meningkatkan kembali kinerja, khususnya identifikasi pasien saat memberikan pelayanan.
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

### 5.1.3.23. Waktu tunggu rawat jalan

Tujuan kedua puluh tiga (ke-23) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU "**Waktu tunggu rawat jalan**". Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah  $\geq 80\%$ .

**Grafik 5.28**  
**Waktu tunggu rawat jalan**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Selama semester 1 tahun 2023 rata-rata realisasi Waktu tunggu rawat jalan sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 87,97% dari yang ditargetkan sebesar  $\geq 80\%$  di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala

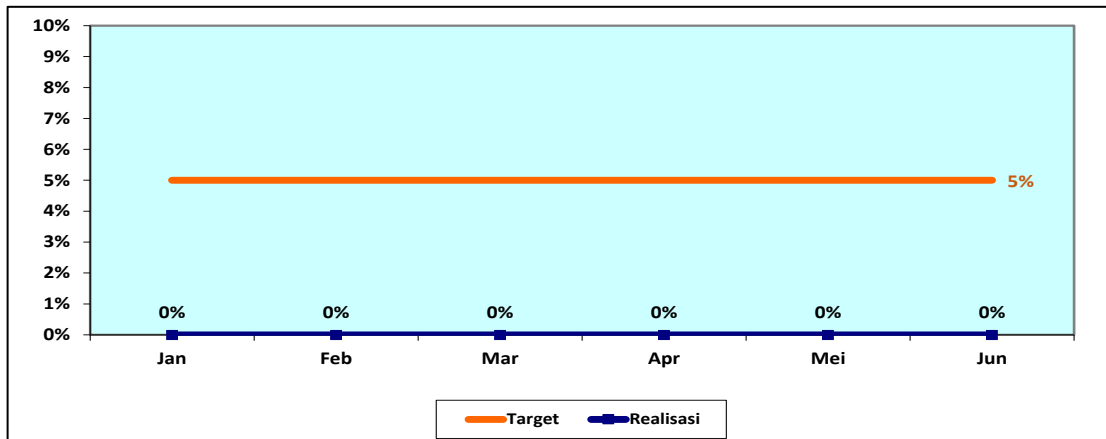
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.24. Penundaan detoksifikasi

Tujuan kedua puluh empat (ke-24) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Penundaan detoksifikasi”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah  $\leq 5\%$ .

**Grafik 5.29**  
**Penundaan detoksifikasi**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Selama semester 1 tahun 2023 realisasi Penundaan detoksifikasi sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 0% dari yang ditargetkan sebesar  $\leq 5\%$  di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala

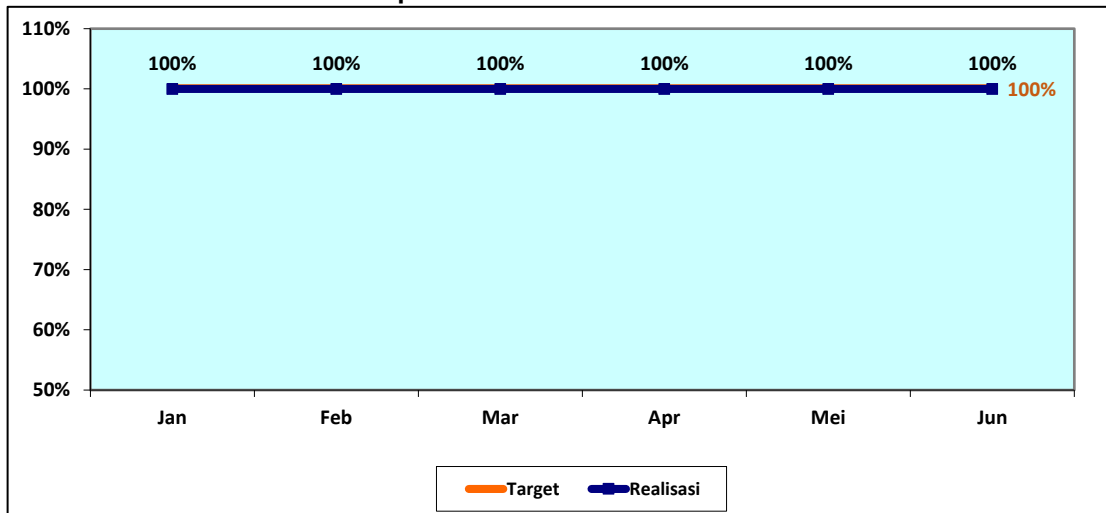
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.25. Pelaporan hasil kritis laboratorium

Tujuan kedua puluh lima (ke-25) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Pelaporan hasil kritis laboratorium”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 100%.

**Grafik 5.30**  
**Pelaporan hasil kritis laboratorium**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Selama semester 1 tahun 2023 realisasi Pelaporan hasil kritis laboratorium sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 100% dari yang ditargetkan sebesar 100% di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala

#### Rencana Pemecahan Masalah :

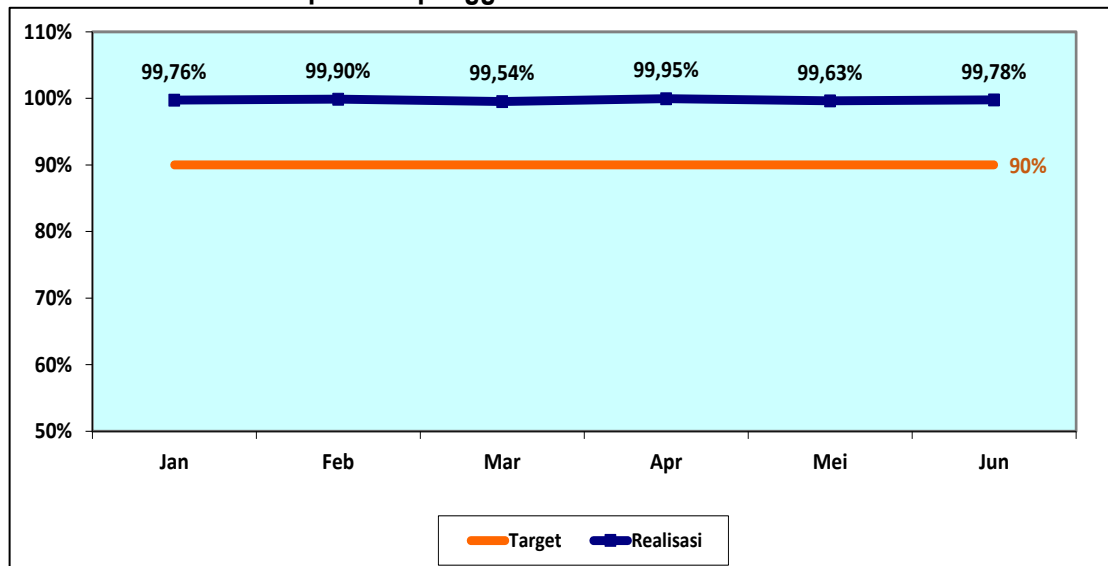
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.26. Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Tujuan kedua puluh enam (ke-26) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat

keberhasilan pencapaian IKU “*Kepatuhan penggunaan formularium nasional*”. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah  $\geq 90\%$ .

**Grafik 5.31**  
**Kepatuhan penggunaan formularium nasional**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Selama semester 1 tahun 2023 realisasi Kepatuhan penggunaan formularium nasional sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 99,75% dari yang ditargetkan sebesar  $\geq 90\%$  di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Masih ada penulisan resep di luar formularium

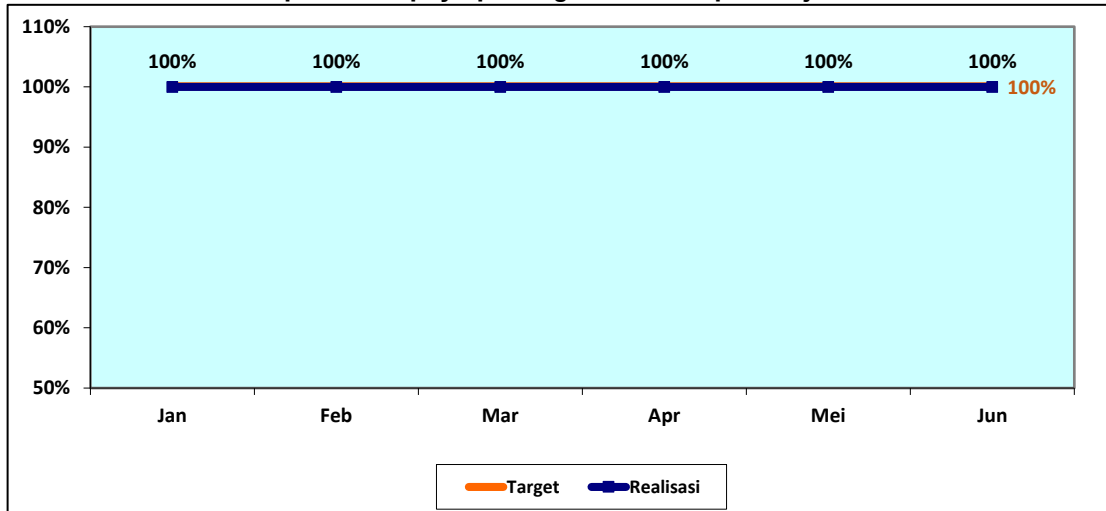
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan sosialisasi kembali daftar obat sesuai formularium, Inventarisir kebutuhan obat terkait meningkatnya pasien rujukan BPJS dengan kasus penyakit yang beragam, sehingga perencanaan pengadaan obat sesuai dengan kebutuhan pasien dan dapat diusulkan dalam daftar obat formularium
- Melakukan sosialisasi kepada DPJP untuk daftar obat formularium dan SOP/alur pemenuhan obat tersebut sesuai aturan BPJS pada pertemuan komdik. Berkoordinasi dengan SMF spesialis tentang kebutuhan obat berdasarkan kasus penyakit yang lebih beragam
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.27. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Tujuan kedua puluh tujuh (ke-27) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 100%.

**Grafik 5.32**  
**Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Selama semester 1 tahun 2023 realisasi Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 100% dari yang ditargetkan sebesar 100% di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala

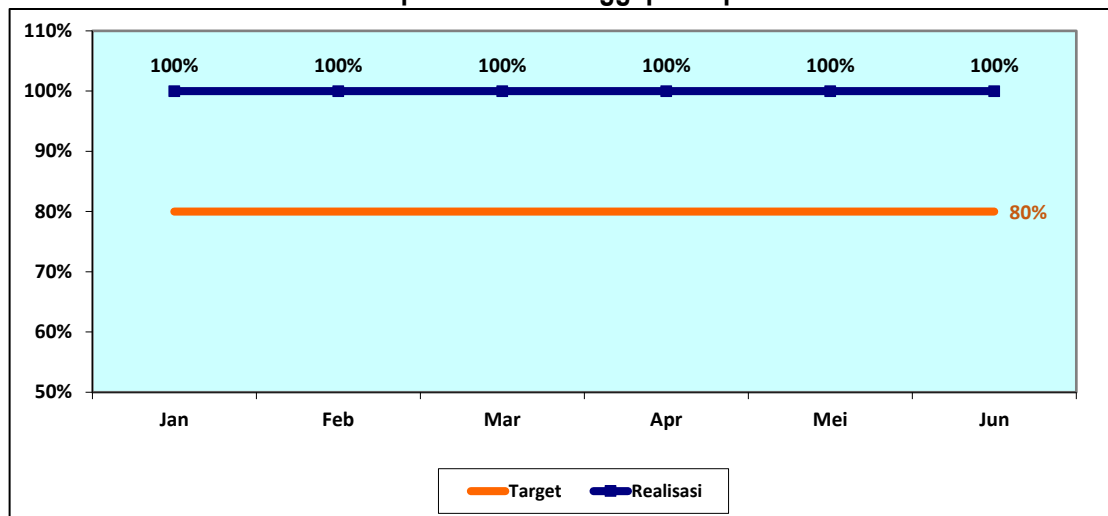
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

#### 5.1.3.28. Kecepatan waktu tanggap komplain

Tujuan kedua puluh delapan (ke-28) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Kecepatan waktu tanggap komplain”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah  $\geq 80\%$ .

**Grafik 5.33**  
**Kecepatan waktu tanggap komplain**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Selama semester 1 tahun 2023 realisasi Kecepatan waktu tanggap komplain sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 100% dari yang ditargetkan sebesar  $\geq 80\%$  di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Walaupun tanggapan sudah diberikan secara langsung terhadap pasien/pengunjung namun proses penyelesaian masalah di unit terkait masih kurang cepat.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

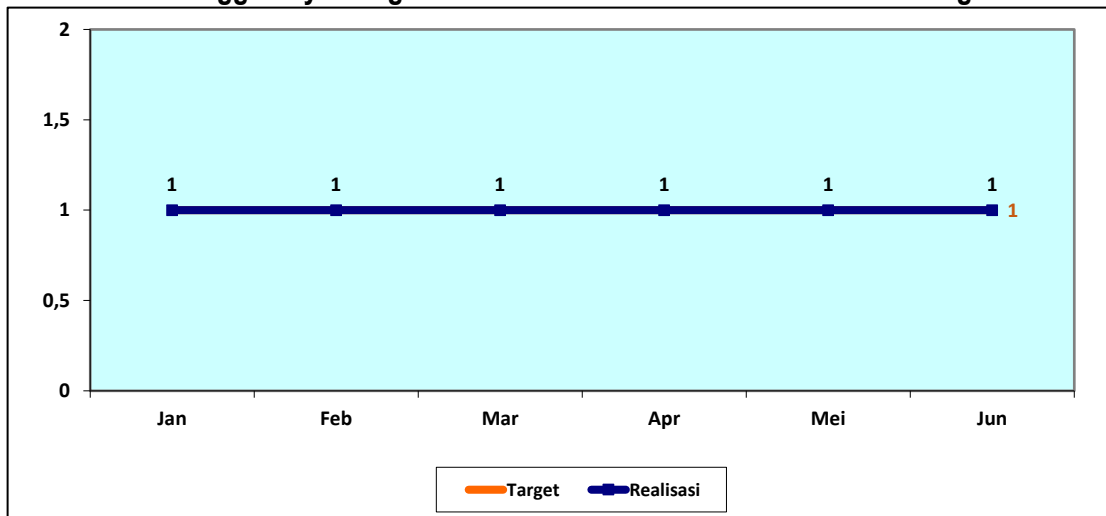
- Menyampaikan nota dinas yang berisi komplain yang harus ditangani kepada direktur teknis terkait
- Memberikan informasi kepada pasien terkait pelayanan sesuai SOP, agar pasien dapat memahami dan mengerti
- Meningkatkan pelayanan dan himbauan kepada petugas untuk tetap melaksanakan pelayanan prima
- Menanamkan nilai-nilai RSKO (Ramah, Sigap, Kasih, Optimis) dalam melakukan pelayanan, yang disampaikan melalui media promosi RSKO baik cetak maupun digital.



### 5.1.3.29. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

Tujuan kedua puluh sembilan (ke-29) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 1 Sistem.

**Grafik 5.34**  
**Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Di semester 1 tahun 2023 realisasi Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebanyak 1 sistem dari yang ditargetkan sebanyak 1 sistem informasi surveillans berbasis digital di tahun 2023 yaitu berupa update data covid di rs *online*.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala.

#### Rencana Pemecahan Masalah :

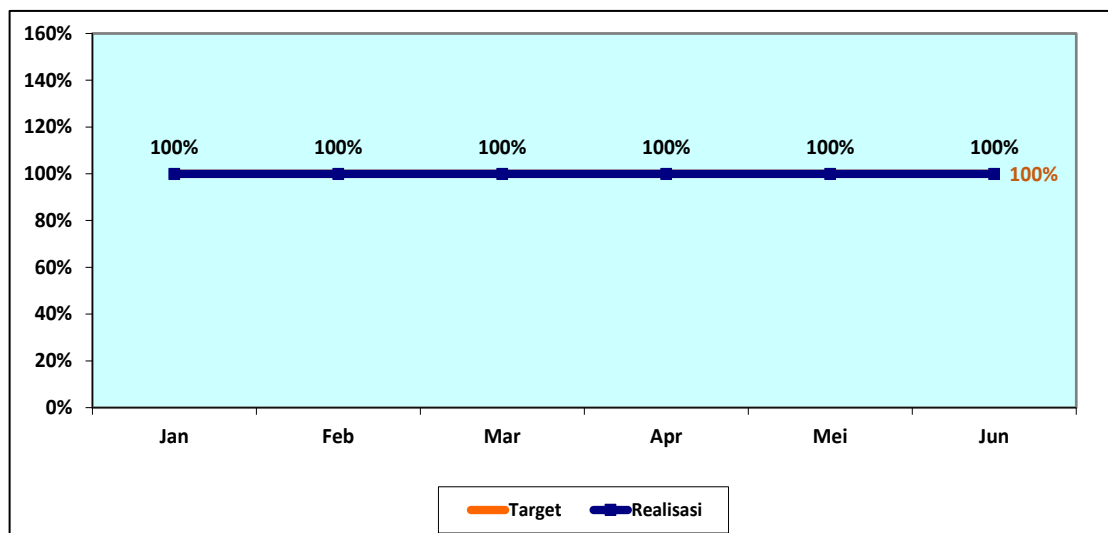
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.

#### 5.1.3.30. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi

Tujuan ketiga puluh (ke-30) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 100%.

**Grafik 5.35**

**Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Di semester 1 tahun 2023 realisasi Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 100% dari yang ditargetkan sebesar 100%.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala.

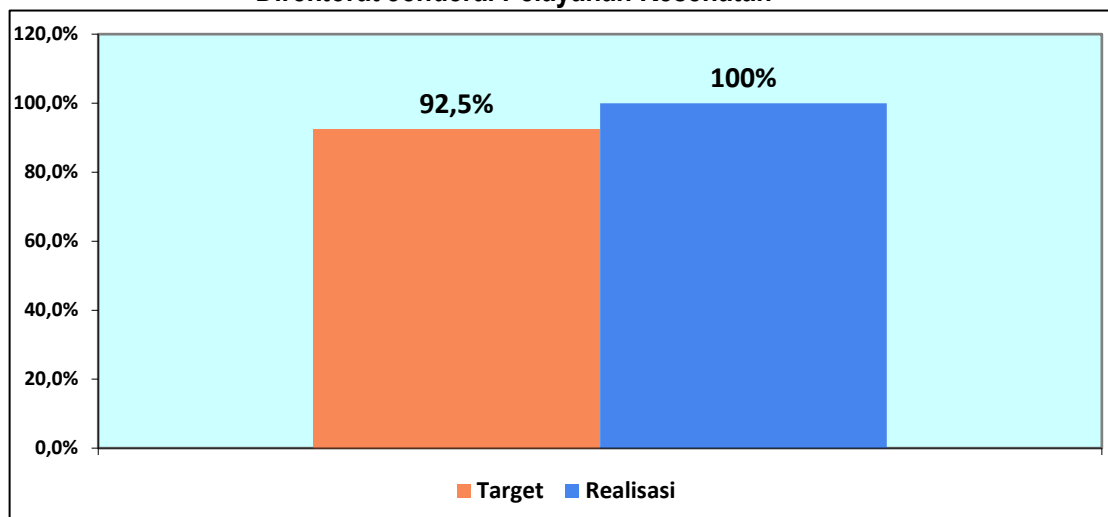
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.

### 5.1.3.31. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Tujuan ke tiga puluh satu (ke-31) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***“Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 92,5%.

**Grafik 5.36**  
**Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Di semester 1 tahun 2023 realisasi Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sudah mencapai target yang ditentukan yaitu terealisasi sebesar 100% dari yang ditargetkan sebesar 92,5% dikarenakan atas LK 2022 pemeriksaan BPK sudah ditindaklanjuti.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala.

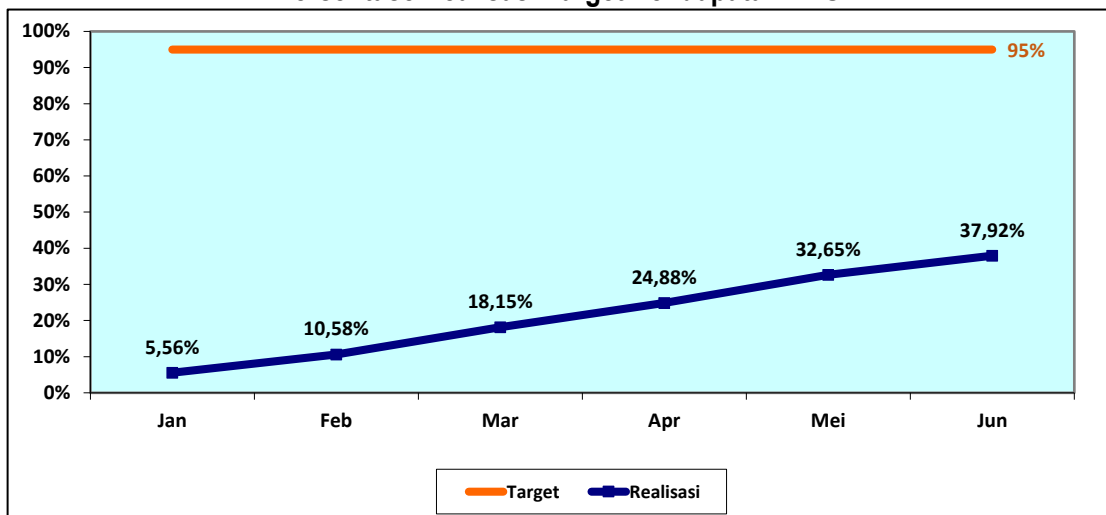
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.

### 5.1.3.32. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Tujuan ke tiga puluh dua (ke-32) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 95%.

**Grafik 5.37**  
**Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Di akhir semester 1 tahun 2023 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU masih di bawah target yang ditetapkan atau baru terealisasi sebesar 37,92%.
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Terjadi penurunan kunjungan non klinik ( SBN, SKS, SKBW, SKKJ), klinik penyakit dalam, klinik umum dan klinik gigi.

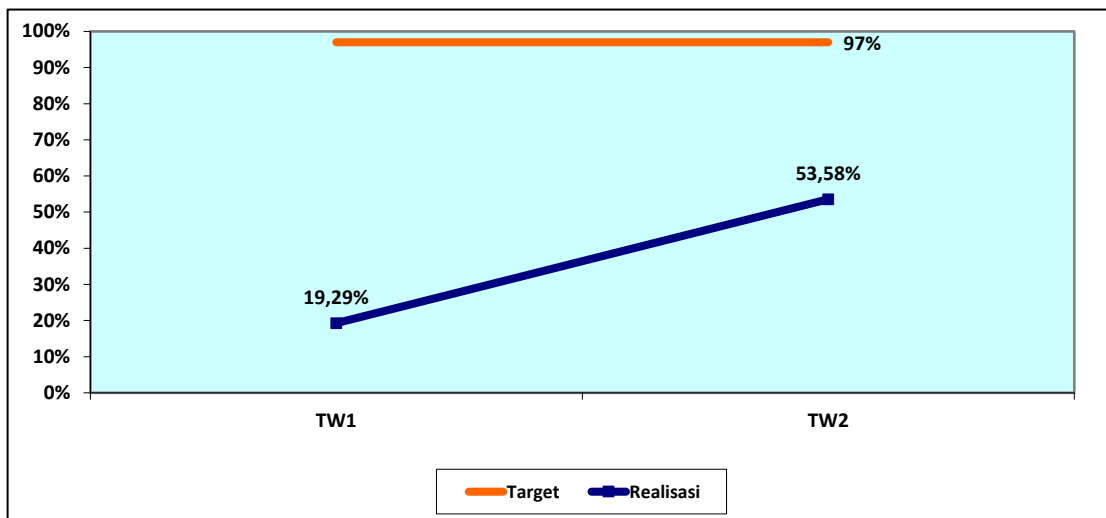
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Berkoordinasi dengan tim pemasaran untuk lebih mensosialisasikan layanan RSKO Jakarta, bekerjasama dengan BPJS kesehatan diharapkan dapat meningkatkan jumlah kunjungan sehingga dapat meningkatkan pendapatan.

### 5.1.3.33. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Tujuan tiga puluh tiga (ke-33) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU “**Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**”. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 97%.

**Grafik 5.38**  
**Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Di akhir semester 1 tahun 2023 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sudah terealisasi sebesar 53,58%.
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala.

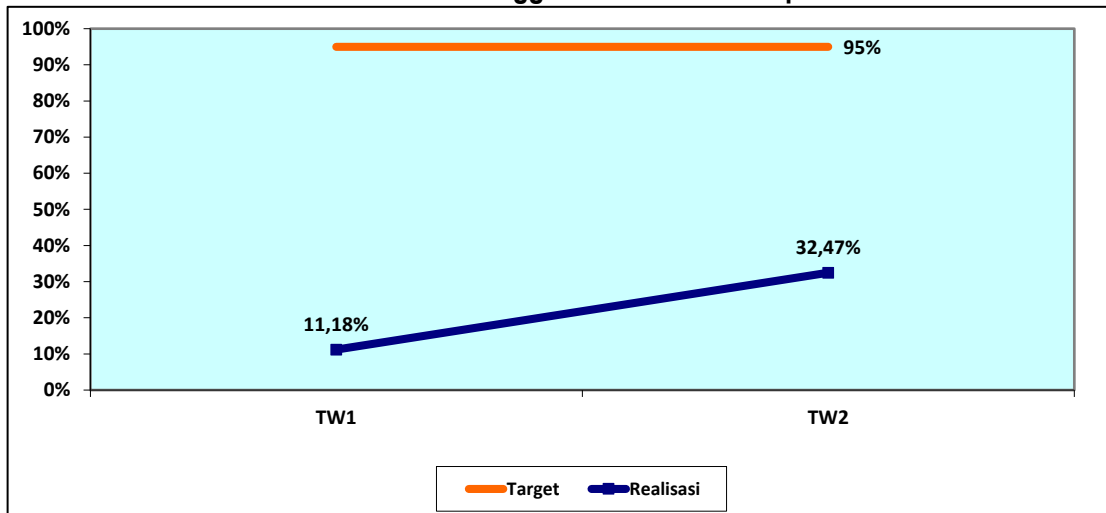
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Menginventarisir akun-akun belanja yang belum realisasi

#### 5.1.3.34. Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Tujuan tiga puluh empat (ke-34) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU ***"Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU"***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 95%.

**Grafik 5.39**  
**Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Di akhir semester 1 tahun 2023 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU baru terealisasi sebesar 32,47%.
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Realisasi masih dibawah target , karena menyesuaikan dengan realisasi penerimaan BLU

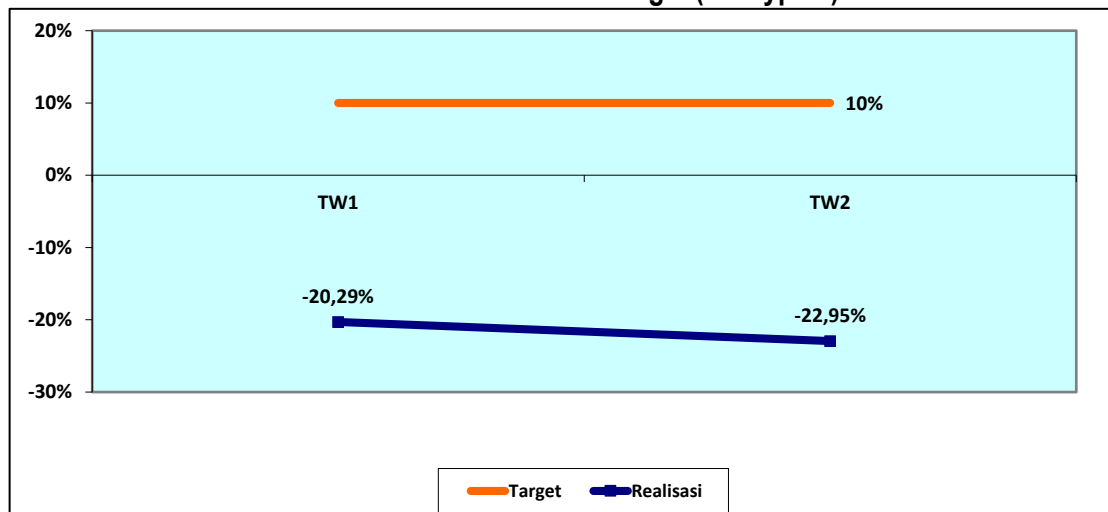
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Meningkatkan pendapatan BLU, sehingga mampu meningkatkan realisasi belanja BLU

### 5.1.3.35. Persentase nilai EBITDA Margin (RS Type 3)

Tujuan tiga puluh lima (ke-35) yang ingin dicapai dari perspektif proses bisnis internal adalah Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang berkualitas melalui tingkat keberhasilan pencapaian IKU **“Persentase nilai EBITDA Margin (RS Type 3)”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 10%.

**Grafik 5.40**  
**Persentase nilai EBITDA Margin (RS Type 3)**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Di akhir semester 1 tahun 2023 Persentase nilai EBITDA Margin (RS Type 3) masih di bawah target yang ditetapkan atau terealisasi sebesar -22,95%.
- Dengan nilai capaian 1 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 belum optimal.
- Persentasi nilai Ebitda Margin dibawah target, mengindikasikan RS belum menghasilkan profit, dimana biaya yang dikeluarkan lebih besar dibandingkan pendapatan RS
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Realisasi masih di bawah target yang ditentukan, disebabkan biaya operasional cenderung tinggi dan strategi pemasaran kurang efektif sehingga lebih sedikit pendapatan yang dihasilkan dari menjual produk.

#### Rencana Pemecahan Masalah :

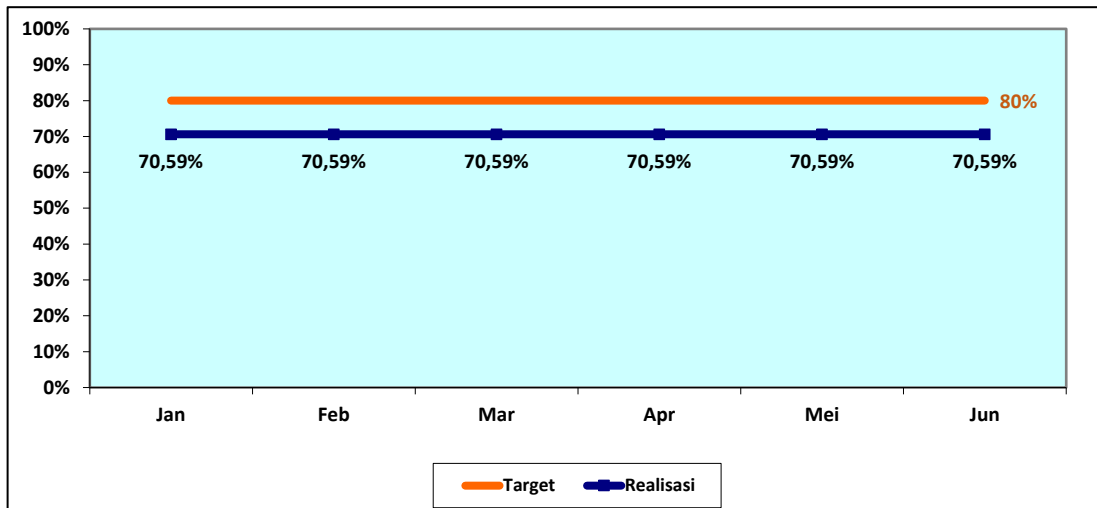
- Meningkatkan pendapatan BLU, sehingga mampu meningkatkan realisasi belanja BLU

### 5.1.4. Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran

#### 5.1.4.1. Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan

Tujuan pertama yang ingin dicapai dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah terwujudnya kinerja pegawai berdasarkan kompetensi melalui tingkat keberhasilan pencapaian alat ukur berupa IKU **"Persentase Pemenuhan SDM Sesuai Kebutuhan"**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 80% SDM yang telah direncanakan di Renstra, telah ditingkatkan pendidikannya.

**Grafik 5.41**  
**Persentase Pemenuhan SDM Sesuai Kebutuhan**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Kondisi pada Semester I 2023 sudah terealisasi 12 orang pegawai dari target kumulatif 17 pegawai (70,59%) yang ditingkatkan pendidikannya sesuai Renstra dengan rincian: 1. Sub Spesialis Psikoterapi an dr. Imelda Wijaya ; 2. Sub Spesialis penyakit Dalam an dr. Junaidi ; 3. Sub Spesialis Geriatri an dr. Laela ; 4. Spesialis Keperawatan Jiwa an Adek Setiyani ; 5. Spesialis Keperawatan Jiwa an Ners an. Zulia Alviana; 6. Spesialis Keperawatan Jiwa an. Ners an.Rosdiana ; 7. Spesialis kesehatan Jiwa an dr. Wim Zweiryadinda. 8. S2 Manajemen Keperawatan an.Eva Riyani ; dan 9. S2 Manajemen Keperawatan an. Mu'minah ; 10. S2 Keperawatan Medical Bedah an Anung widi; 11. Spesialis Neurologi an dr. Nila; 12. Spesialis Anestesi an dr. Soraya;
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Masih belum maksimal dalam pemenuhan sdm sesuai kebutuhan baik yg rekrutmen maupun yg sedang melanjutkan pendidikan.



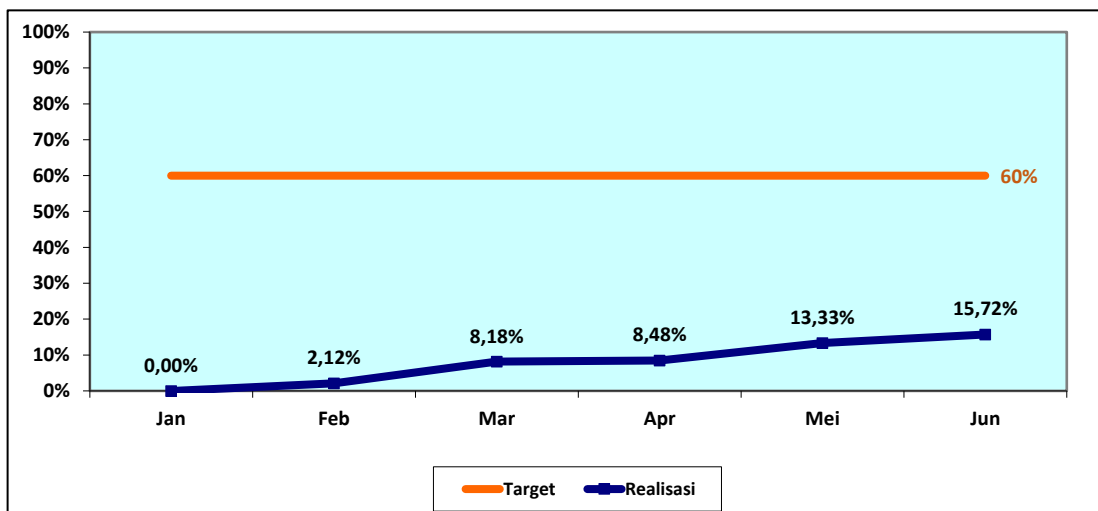
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pegawai yang sedang ditingkatkan pendidikannya selama masa pendidikan dan setelah selesai masa pendidikannya.

#### 5.1.4.2. Persentase Pegawai yang Dikembangkan Kompetensinya

Tujuan kedua (ke-2) dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah terwujudnya kinerja pegawai berdasarkan kompetensi melalui tingkat keberhasilan pencapaian alat ukur berupa IKU **“Persentase Pegawai Yang Dikembangkan Kompetensinya”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah  $\geq 60\%$  dari seluruh pegawai RSKO telah memperoleh peningkatan kapasitas minimal 20 JPL per tahun.

**Grafik 5.42**  
**Persentase Pegawai yang Dikembangkan Kompetensinya**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Realisasi sampai dengan akhir semester I tahun 2023 sebesar 15,72% atau ada 47 pegawai yang telah memperoleh pengembangan kompetensi berupa pelatihan minimal 20 JPL dari total pegawai sejumlah 299 pegawai.
- Indikator ini merupakan indikator kinerja yang dihitung tahunan sehingga capaiannya pada semester I ini belum dapat dinilai.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Belum seluruh pelatihan internal dilaksanakan, sebagian besar kegiatan peningkatan kompetensi sdm baru dapat dilaksanakan di rsko pada semester 2 sesuai yang sudah direncanakan

- Pengumpulan informasi dari pegawai yang mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas secara mandiri belum optimal

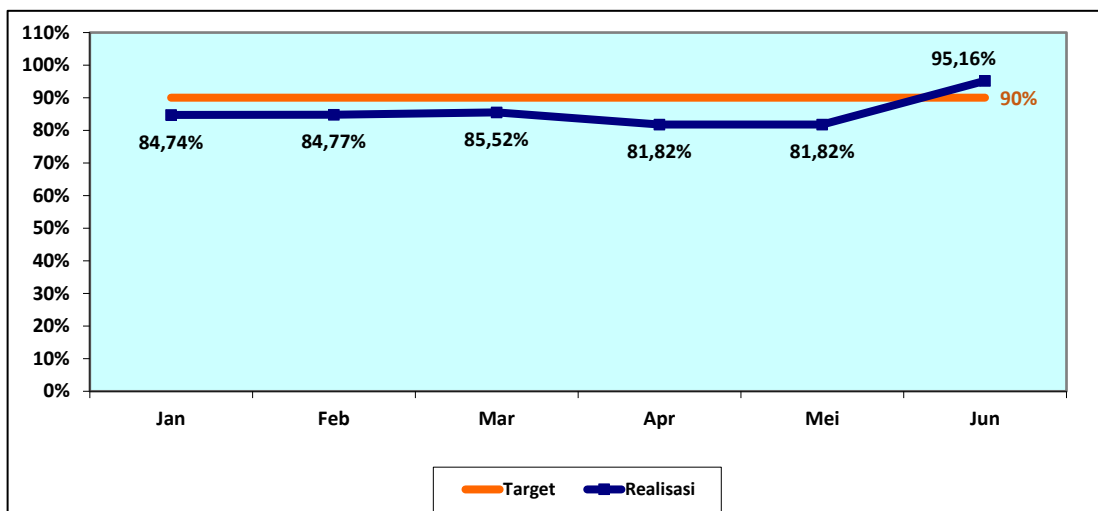
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Menyediakan metode pengumpulan informasi melalui link bit.ly

**5.1.4.3. Persentase kehandalan sarana, prasarana dan fasilitas**

Tujuan ketiga (ke-3) dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah terwujudnya pemenuhan sarana dan prasarana serta fasilitas sesuai praktek terbaik melalui tingkat keberhasilan pencapaian alat ukur berupa IKU **“Persentase kehandalan sarana, prasarana dan fasilitas”**. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah sarana, prasarana dan fasilitas memiliki tingkat kehandalan 90% dilihat dari aspek ketersediaan (Ke), Kinerja (Ki) dan Kualitas (Ku) yang diformulasikan dalam perhitungan OEE (*Overall Equipment Effectiveness*).

**Grafik 5.43**  
**Persentase Kehandalan Sarana, Prasarana dan Fasilitas**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Realisasi nilai capaian rata – rata persentase kehandalan sarana dan prasarana semester I tahun 2023 adalah sebesar 85,64% atau masih di bawah target yang diharapkan, dari target tahun 2023 sebesar 90%.
- Dengan nilai capaian 1 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2022 belum tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Adanya kerusakan ruang Kontainer PCR, pada sistem HVAC yang mengakibatkan pemeriksaan PCR / peralatan PCR tidak dapat dioperasikan
- Adanya kerusakan Refrigerator Jenazah, dimana kerusakannya berupa kerusakan sistem pendingin refrigerator (Biaya perbaikan sudah tidak Efisien)
- Pada triwulan I tahun 2023 Alat Panoramic XRay belum dapat dioperasikan dikarenakan izin operasional alat (Bapeten) expired

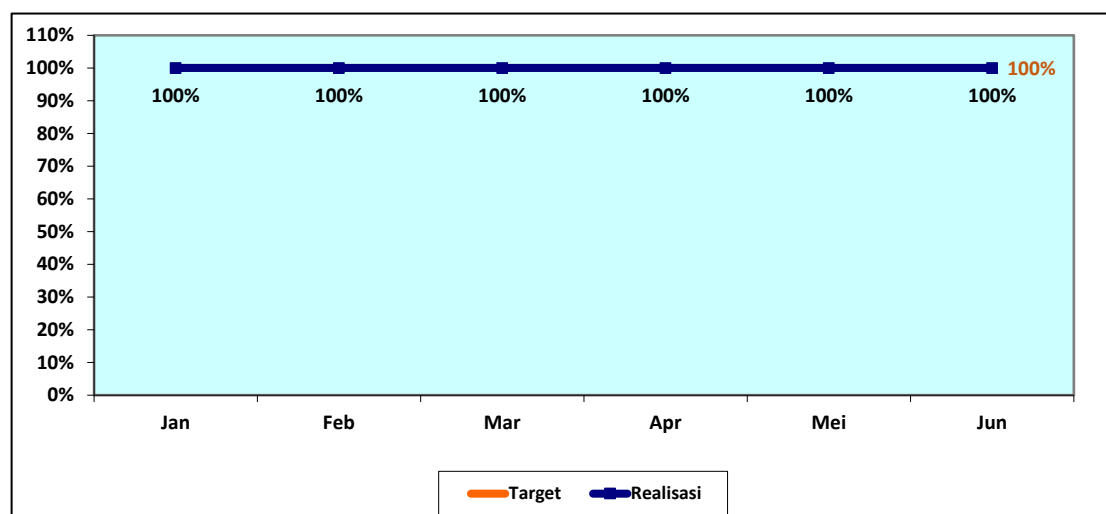
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Mengusulkan kegiatan pemeliharaan/ perbaikan Kontainer Lab PCR
- Mengusulkan penggantian unit baru untuk refrigerator jenazah jika pelayanan terkait penyimpanan jenazah tetap dilakukan
- Proses perpanjangan izin operasional alat panoramic Xray.

#### 5.1.4.4. Persentase pemanfaatan sistem informasi manajemen RSKO yang terintegrasi

Tujuan keempat (ke-4) dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah terwujudnya pemenuhan sarana dan prasarana serta fasilitas sesuai praktek terbaik melalui tingkat keberhasilan pencapaian alat ukur berupa IKU ***"Persentase pemanfaatan sistem informasi manajemen RSKO yang terintegrasi"***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2022 adalah 100% Unit layanan terkait implementasi rekam medis elektronik terintegrasi Radiologi (PACS).

**Grafik 5.44**  
**Persentase pemanfaatan sistem informasi manajemen RSKO yang terintegrasi**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Realisasi pemanfaatan SIMRS terkait Unit layanan terkait implementasi rekam medis elektronik terintegrasi Radiologi (PACS) sudah mencapai 100% atau mencapai target yang diharapkan dari target 100%.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2023 tercapai optimal.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Tidak ada kendala.

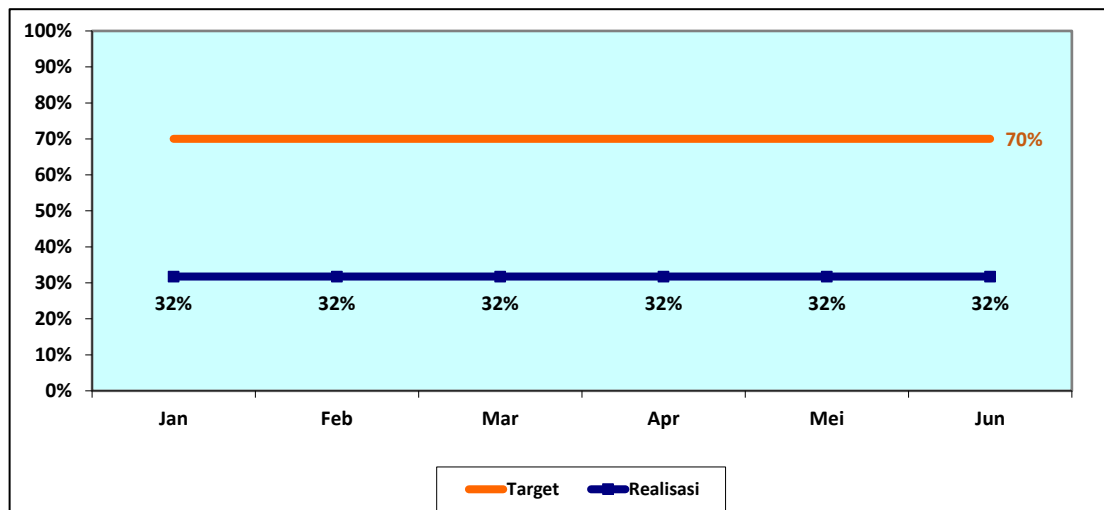
#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.

#### 5.1.4.5. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

Tujuan kelima (ke-5) dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah terwujudnya pemenuhan sarana dan prasarana serta fasilitas sesuai praktek terbaik melalui tingkat keberhasilan pencapaian alat ukur berupa IKU “**Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar**”. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 70%.

**Grafik 5.45**  
**Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Realisasi nilai capaian Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar semester I tahun 2023 adalah sebesar 32% atau masih di bawah target yang diharapkan, dari target tahun 2023 sebesar 70%.

- Dengan nilai capaian 1 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2022 belum tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Kapasitas parkir roda 4 terbatas saat peak season (kunjungan pemeriksaan SBN dan MCU yang tinggi).

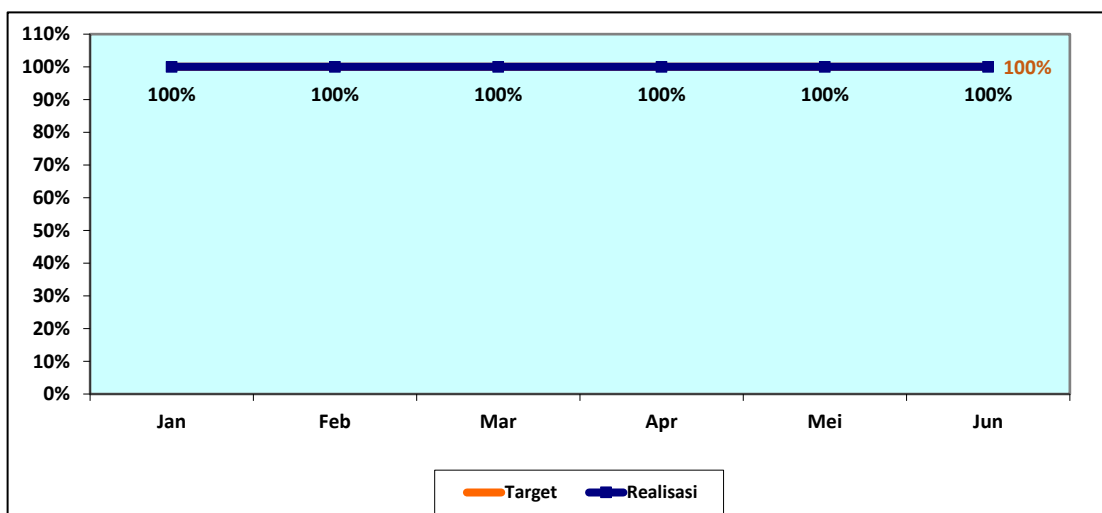
**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Mengajukan kerjasama buffer kantong parkir dengan PD Pasar Jaya dan parkir PT City Trans sisi barat RSKO Jakarta
- Penerbitan surat edaran direktur utama RSKO Jakarta tentang anjuran beralih ke R2 dan transportasi umum saat peak season.

**5.1.4.6. Persentase integrasi data antrian pendaftaran , dan Medical Record**

Tujuan keenam (ke-6) dari perspektif pertumbuhan dan pembelajaran adalah terwujudnya pemenuhan sarana dan prasarana serta fasilitas sesuai praktek terbaik melalui tingkat keberhasilan pencapaian alat ukur berupa IKU ***“Persentase integrasi data antrian pendaftaran , dan Medical Record”***. Target yang diharapkan tercapai di tahun 2023 adalah 100%.

**Grafik 5.46**  
**Persentase integrasi data antrian pendaftaran , dan Medical Record**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Realisasi nilai capaian Persentase integrasi data antrian pendaftaran , dan Medical Record semester I tahun 2023 adalah sebesar 100% atau sudah sesuai target yang diharapkan yaitu sebesar 100% di tahun 2023.
- Dengan nilai capaian 2 poin berdasarkan kriteria penilaian pada Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, maka indikator ini pada semester I tahun 2022 tercapai optimal.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Tidak ada kendala

**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala

## 5.2. Pencapaian Indikator Kinerja BLU

### 5.2.1. Aspek Keuangan

**Tabel 5.2**  
**Penilaian Kinerja BLU Aspek Keuangan**

| Sub Aspek / Indikator |                                                                      | Bobot     | Semester I 2023 |              | Semester I 2022 |              |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
|                       |                                                                      |           | Hasil           | Skor         | Hasil           | Skor         |
|                       |                                                                      |           | Penilaian       |              | Penilaian       |              |
| <b>1.</b>             | <b>Rasio Keuangan</b>                                                |           |                 |              |                 |              |
|                       | a. Rasio Kas ( <i>Cash Ratio</i> )                                   | 2,25      | 196,75%         | 1,75         | 285,04%         | 2,25         |
|                       | b. Rasio Lancar ( <i>Current Ratio</i> )                             | 2,75      | 1424,56%        | 2,75         | 2927%           | 2,75         |
|                       | c. Periode Penagihan Piutang ( <i>Collection Period</i> )            | 2,25      | 13,92           | 2,25         | 22,57           | 2,25         |
|                       | d. Perputaran Aset Tetap ( <i>Fixed Asset Turnover</i> )             | 2,25      | 12,25%          | 1,25         | 6,52%           | 0,75         |
|                       | e. Imbalan atas Aset tetap ( <i>Return on Fixed Asset</i> )          | 2,25      | -21,14%         | 0,00         | 0,94%           | 0,00         |
|                       | f. Imbalan Ekuitas ( <i>Return on Equity</i> )                       | 2,25      | -17,61%         | 0,00         | 1,13%           | 0,85         |
|                       | g. Perputaran Persediaan ( <i>Inventory Turnover</i> )               | 2,25      | 116,56          | 0,00         | 36,06           | 1,75         |
|                       | h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional                 | 2,75      | 36,70%          | 2,25         | 40,93%          | 2,5          |
|                       | <b>Sub Total</b>                                                     | <b>19</b> |                 | <b>10,25</b> |                 | <b>13,10</b> |
| <b>2.</b>             | <b>Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU</b>                            |           |                 | 10           |                 |              |
|                       | a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif                       | 2,00      | 2,00            | 2,00         | 2,00            | 2,00         |
|                       | b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Pemerintahan (SAP) | 2,00      | 2,00            | 2,00         | 2,00            | 2,00         |
|                       | c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU)   | 2,00      | 2,00            | 2,00         | 2,00            | 2,00         |
|                       | d. Tarif Layanan                                                     | 1,00      | 1,00            | 1,00         | 1,00            | 1,00         |
|                       | e. Sistem Akuntansi                                                  | 1,00      | 1,00            | 1,00         | 1,00            | 1,00         |
|                       | f. Persetujuan Rekening                                              | 0,50      | 0,50            | 0,50         | 0,50            | 0,50         |
|                       | g. SOP Pengelolaan Kas                                               | 0,50      | 0,50            | 0,50         | 0,50            | 0,50         |
|                       | h. SOP Pengelolaan Piutang                                           | 0,50      | 0,50            | 0,50         | 0,50            | 0,50         |
|                       | i. SOP Pengelolaan Utang                                             | 0,50      | 0,50            | 0,50         | 0,50            | 0,50         |
|                       | j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa                                     | 0,50      | 0,50            | 0,50         | 0,50            | 0,50         |
|                       | k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris                                 | 0,50      | 0,50            | 0,50         | 0,50            | 0,50         |
|                       | <b>Sub Total</b>                                                     | <b>11</b> |                 | <b>11,00</b> |                 | <b>11,00</b> |
|                       | <b>Total 1 + 2</b>                                                   | <b>30</b> |                 | <b>21,25</b> |                 | <b>24,10</b> |

## 5.2.2. Aspek Layanan

**Tabel 5.3**  
**Penilaian Kinerja BLU Aspek Layanan**

| Sub Aspek / Indikator                                |           | Bobot | Semester I 2023          |              | Semester I 2022          |              |
|------------------------------------------------------|-----------|-------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
|                                                      |           |       | Hasil                    | Skor         | Hasil                    | Skor         |
|                                                      |           |       | Penilaian                |              | Penilaian                |              |
| <b>1. Layanan</b>                                    |           |       |                          |              |                          |              |
| <b>a. Pertumbuhan Produktivitas</b>                  |           |       |                          |              |                          |              |
| 1). Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan      | 3         |       | 0,70                     | 0,00         | 1,19                     | 3,00         |
| 2). Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat    | 2,5       |       | 1,40                     | 2,50         | 0,56                     | 0,00         |
| 3). Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap            | 2,5       |       | 2,92                     | 2,50         | 0,47                     | 0,00         |
| 4). Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi                | 2,5       |       | 1,17                     | 2,50         | 0,62                     | 0,00         |
| 5). Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium             | 2,5       |       | 1,83                     | 2,50         | 0,57                     | 0,00         |
| 6). Pertumbuhan detoksifikasi                        | 2,5       |       | 3,17                     | 2,50         | 0,74                     | 0,00         |
| 7). Pertumbuhan Rehab medik                          | 2,5       |       | 9,24                     | 2,50         | 0,49                     | 0,00         |
| <b>Sub Total</b>                                     | <b>18</b> |       |                          | <b>15,00</b> |                          | <b>3,00</b>  |
| <b>b. Efektivitas Pelayanan</b>                      |           |       |                          |              |                          |              |
| 1). Kelengkapan Rekam Medik 24 jam selesai pelayanan | 2         |       | 84,55%                   | 2,00         | 82,22%                   | 2,00         |
| 2). Pengembalian Rekam medik                         | 2         |       | 89,87%                   | 2,00         | 82,18%                   | 2,00         |
| 3). Angka Pembatalan detoksifikasi                   | 2         |       | 0,00%                    | 2,00         | 0,00%                    | 2,00         |
| 4). Angka Kegagalan Hasil Radiologi                  | 2         |       | 0,00%                    | 2,00         | 0,09%                    | 2,00         |
| 5). Penulisan Resep sesuai Formularium               | 2         |       | 99,75%                   | 2,00         | 99,49%                   | 2,00         |
| 6). Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium.      | 2         |       | 0,00%                    | 2,00         | 0,00%                    | 2,00         |
| 7). <i>Bed Occupancy Rate</i> (BOR)                  | 2         |       | 84,42%                   | 1,50         | 28,08%                   | 0,50         |
| <b>Sub Total</b>                                     | <b>14</b> |       |                          | <b>13,50</b> |                          | <b>12,50</b> |
| <b>c. Pertumbuhan Pembelajaran</b>                   |           |       |                          |              |                          |              |
| 1). Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan                 | 1,5       |       | 0,40                     | 0,50         | 0,95                     | 1,50         |
| 2). Persentase Dokdiknis yang mendapat TOT           | 0         |       |                          |              |                          |              |
| 3). Program <i>Reward dan Punishment</i>             | 1,5       |       | Ada Program dilaksanakan | 1,50         | Ada Program dilaksanakan | 1,50         |
| <b>Sub Total</b>                                     | <b>3</b>  |       |                          | <b>2,00</b>  |                          | <b>3,00</b>  |
| <b>Total ( a + b + c )</b>                           | <b>35</b> |       |                          | <b>30,50</b> |                          | <b>18,50</b> |

### 5.2.3. Aspek Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat

**Tabel 5.4**  
**Penilaian Kinerja BLU**  
**Aspek Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat**

| Sub Aspek / Indikator                                           |                                                          | Bobot      | Semester I 2023          |                        | Semester I 2022          |              |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------|
|                                                                 |                                                          |            | Hasil                    | Skor                   | Hasil                    | Skor         |
|                                                                 |                                                          |            | Penilaian                |                        | Penilaian                |              |
| <b>2</b>                                                        | <b>Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat</b>                |            |                          |                        |                          |              |
|                                                                 | <b>a. Mutu Pelayanan</b>                                 |            |                          |                        |                          |              |
|                                                                 | 1). Emergency Response Time Rate                         | 2          | 1,06 menit               | 2,00                   | 1,03 menit               | 2,00         |
|                                                                 | 2). Waktu Tunggu Rawat Jalan                             | 2          | 31,38 menit              | 1,50                   | 21,08 menit              | 2,00         |
|                                                                 | 3). <i>Length Of Stay</i> (LOS)                          | 2          | 28,50 hari               | 1,50                   | 33,48 hari               | 2,00         |
|                                                                 | 4). Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi                  | 2          | 4,42 menit               | 2,00                   | 4,35 menit               | 2,00         |
|                                                                 | 5). Waktu Tunggu Sebelum detoksifikasi                   | 2          | 0,44 hari                | 2,00                   | 0,54 hari                | 2,00         |
|                                                                 | 6). Waktu Tunggu Hasil Laboratorium                      | 2          | 1,35 jam                 | 2,00                   | 0,51 jam                 | 2,00         |
|                                                                 | 7). Waktu Tunggu Hasil Radiologi                         | 2          | 1,85 jam                 | 2,00                   | 1,5 jam                  | 2,00         |
|                                                                 | <b>Sub Total</b>                                         | <b>14</b>  |                          | <b>13,00</b>           |                          | <b>14,00</b> |
|                                                                 | <b>b. Mutu Klinik</b>                                    |            |                          |                        |                          |              |
|                                                                 | 1). Angka Kematian di Gawat Darurat                      | 2          | 0,00%                    | 2,00                   | 0,00%                    | 2,00         |
|                                                                 | 2). Angka Kematian $\geq$ 48 jam                         | 2          | 0,00%                    | 2,00                   | 0,00%                    | 2,00         |
|                                                                 | 3). Angka Kematian Pasca Detoksifikasi                   | 2          | 0,00%                    | 2,00                   | 0,00%                    | 2,00         |
|                                                                 | 4). Angka Infeksi Nosokomial                             | 4          | 0,00%                    | 4,00                   | 0,00%                    | 4,00         |
|                                                                 | 5). Jumlah Kematian Ibu di Rumah Sakit                   | 2          | 0,00%                    | 2,00                   | 0,00%                    | 2,00         |
|                                                                 | <b>Sub Total</b>                                         | <b>12</b>  |                          | <b>12,00</b>           |                          | <b>12,00</b> |
|                                                                 | <b>c. Kepedulian Kepada Masyarakat</b>                   |            |                          |                        |                          |              |
|                                                                 | 1). Pembinaan kepada Puskesmas dan Sarana Kesehatan lain | 1          | Ada Program dilaksanakan | 1,00                   | Ada Program dilaksanakan | 1,00         |
|                                                                 | 2). Penyuluhan kesehatan                                 | 1          | Ada Program dilaksanakan | 1,00                   | Ada Program dilaksanakan | 1,00         |
|                                                                 | 3). Rasio Tempat Tidur Kelas III                         | 2          | 109,38%                  | 2,00                   | 38,22                    | 2,00         |
|                                                                 | <b>Sub Total</b>                                         | <b>4</b>   |                          | <b>4,00</b>            |                          | <b>4,00</b>  |
|                                                                 | <b>d. Kepuasan Pelanggan</b>                             |            |                          |                        |                          |              |
|                                                                 | 1). Penanganan Pengaduan/Komplain                        | 1          | 100%                     | 1,00                   | 100%                     | 1,00         |
|                                                                 | 2). Kepuasan Pelanggan                                   | 1          | 83,64                    | 0,84                   | 81,72                    | 0,82         |
|                                                                 | <b>Sub Total</b>                                         | <b>2</b>   |                          | <b>1,84</b>            |                          | <b>1,82</b>  |
|                                                                 | <b>e. Kepedulian Terhadap Lingkungan</b>                 |            |                          |                        |                          |              |
|                                                                 | 1). Kebersihan Lingkungan (Program RS Berseri)           | 2          | 9535                     | 2,00                   | 9035                     | 2,00         |
|                                                                 | 2). Proper Lingkungan (KLH)                              | 1          | Biru                     | 0,60                   | Biru                     | 0,6          |
|                                                                 | <b>Sub Total</b>                                         | <b>3</b>   |                          | <b>2,60</b>            |                          | <b>2,60</b>  |
|                                                                 | <b>Total ( a + b + c + d + e )</b>                       | <b>35</b>  |                          | <b>33,44</b>           |                          | <b>34,42</b> |
|                                                                 | <b>Total Pelayanan (1 + 2)</b>                           | <b>70</b>  |                          | <b>63,94</b>           |                          | <b>52,92</b> |
|                                                                 | <b>Total Keseluruhan (keuangan + pelayanan)</b>          | <b>100</b> |                          | <b>85,19</b>           |                          | <b>77,02</b> |
|                                                                 |                                                          |            |                          | <b>SEMESTER I 2023</b> | <b>SEMESTER I 2022</b>   |              |
| Total Skor Indikator Kinerja Keuangan                           |                                                          |            |                          | 21,25                  | 24,10                    |              |
| Total Skor Indikator Kinerja Layanan                            |                                                          |            |                          | 30,50                  | 18,50                    |              |
| Total Skor Indikator Kinerja Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat |                                                          |            |                          | 33,44                  | 34,42                    |              |
| Total Penilaian Aspek Keuangan dan Aspek Pelayanan              |                                                          |            |                          | 85,19                  | 77,02                    |              |
| <b>KATEGORI</b>                                                 |                                                          |            |                          | <b>BAIK</b>            | <b>AA</b>                | <b>BAIK</b>  |
|                                                                 |                                                          |            |                          |                        | <b>A</b>                 |              |



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Jumlah skor kinerja aspek keuangan pada semester I tahun 2023 menurun sebesar 2,85 poin jika dibandingkan dengan jumlah skor kinerja aspek keuangan semester I tahun 2022 atau menurun dari total 24,10 poin di semester I tahun 2022 menjadi total 21,25 poin pada semester I tahun 2023.
- Jumlah skor kinerja aspek layanan pada semester I tahun 2023 meningkat 12,00 poin jika dibandingkan dengan jumlah skor kinerja aspek pelayanan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari total 18,50 poin di semester I tahun 2022 menjadi total 30,50 poin pada semester I tahun 2023.
- Jumlah skor kinerja mutu dan manfaat bagi masyarakat pada semester I tahun 2023 menurun sebesar 0,98 poin jika dibandingkan dengan jumlah skor kinerja mutu dan manfaat bagi masyarakat di semester I tahun 2022 atau menurun dari total 34,42 poin di semester I tahun 2022 menjadi total 33,44 poin pada semester I tahun 2023.
- Jumlah keseluruhan skor kinerja layanan BLU pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 8,17 poin jika dibandingkan dengan jumlah keseluruhan skor kinerja layanan BLU di semester I tahun 2022 atau meningkat dari total 77,02 poin di semester I tahun 2022 menjadi total 85,19 poin pada semester I tahun 2023.
- Berdasarkan hasil perhitungan keseluruhan skor kinerja layanan BLU yaitu perhitungan indikator kinerja keuangan, kinerja layanan serta kinerja mutu dan manfaat bagi masyarakat dengan total nilai skor kinerja semester I tahun 2023 sebesar **85,19**, maka tingkat kesehatan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta digolongkan dalam kriteria **BAIK “ AA ”**.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Walaupun rumah sakit telah melakukan upaya pengelolaan kas/setara kas melalui pemanfaatan kas dan setara kas ke dalam instrumen investasi jangka pendek berupa deposito sebesar Rp26.100.000.000 (dua puluh enam miliar seratus juta rupiah), saldo kas dan setara kas pada akhir semester I tahun 2023 masih relatif tinggi, mencapai sebesar Rp5.702.917.191. Sehingga jika dibandingkan dengan jumlah hutang lancar di akhir semester I tahun 2023 yang sebesar Rp 2.898.519.755 nilai cash ratio menjadi sebesar 196,75%. Ini menunjukkan bahwa kas dan setara kas masih *idle*.
- Belum optimalnya nilai perputaran aset tetap di semester I tahun 2023 antara lain karena return atas pemanfaatan aset RS masih rendah, kinerja aset RS masih belum optimal.

- Belum optimalnya nilai imbalan atas aset tetap di semester I tahun 2023 antara lain karena pengembalian atas penggunaan aset RS masih rendah, kinerja aset perusahaan masih belum optimal, sehingga skor imbalan atas aset tetap yang dihasilkan masih dibawah standar
- Belum optimalnya nilai imbalan ekuitas di semester I tahun 2023 antara lain karena keuntungan bersih yang dihasilkan RS melalui pemanfaatan ekuitas masih relative rendah.
- Belum optimalnya nilai perputaran persediaan di semester I tahun 2023 antara lain karena nilai persediaan relatif masih besar.
- Capaian rasio POBO di semester I tahun 2023 sudah mencapai target yang ditetapkan walaupun masih di bawah standar.
- Belum optimalnya pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan di semester I tahun 2023 antara lain karena terjadi penurunan kunjungan non klinik ( SBN, SKS, SKBW, SKKJ), klinik penyakit dalam, klinik umum dan klinik gigi.
- Belum optimalnya nilai BOR di semester I tahun 2023 antara lain karena terjadi peningkatan jumlah rawat inap yang cukup signifikan dengan jumlah tempat tidur yang tetap.
- Belum optimalnya nilai Rata-rata Jam Pelatihan/Karyawan di semester I tahun 2023 antara lain karena belum seluruh pelatihan internal dilaksanakan, pengumpulan informasi dari pegawai yang mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas secara mandiri belum optimal.
- Belum optimalnya nilai Length Of Stay (LOS) antara lain adalah karena kebanyakan pasien yang dirawat di RSKO Jakarta adalah pasien dengan kasus hukum, baik proses atau putusan pengadilan, sehingga pemulangan pasien harus mengikuti proses dan putusan pengadilan.
- Belum optimalnya nilai kepuasan pelanggan di semester I tahun 2023 antara lain dikarenakan terkendala dengan jumlah SDM dan ketersediaan sarana pendukung berupa alat/gadget.
- Belum optimalnya nilai proper lingkungan (KLH) di semester I tahun 2023 antara lain kurangnya keikutsertaan pegawai terkait kegiatan yang berhubungan dengan proper lingkungan, serta kadar ammonia masih melebihi nilai ambang batas.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melakukan penatausahaan kas dan setara kas ke dalam instrumen investasi jangka pendek secara optimal setiap bulannya dengan tetap memperhitungkan tingkat likuiditas dan kebutuhan anggaran sampai dengan akhir bulan.
- Melakukan manajemen pembayaran utang usaha secara tepat waktu.
- Pembelian persediaan berdasarkan pada kebutuhan RS



- Menghitung/menentukan jumlah stok persediaan secara akurat baik untuk dipergunakan dan/atau untuk dijual kembali serta sebagai buffer stock melalui koordinasi antara Keuangan, ULP maupun PIC 3 gudang persediaan yang ada di RSKO (gudang farmasi, gudang gizi dan gudang umum) terkait proses pengadaan dan stok barang di gudang.
- Meningkatkan pendapatan rumah sakit dengan cara mengoptimalkan pengelolaan asset yang dimiliki oleh rumah sakit.
- melakukan koordinasi dengan penegak hukum agar pengguna dan penyalahguna napza dilakukan rehabilitasi
- Berkoordinasi dengan tim pemasaran untuk lebih mensosialisasikan layanan RSKO Jakarta, bekerjasama dengan BPJS kesehatan diharapkan dapat meningkatkan jumlah kunjungan rawat jalan.
- Menyediakan metode pengumpulan informasi pegawai yang mengikuti kegiatan peningkatan kapasitas secara mandiri melalui link bit.ly
- Melengkapi sarana/prasarana yang dibutuhkan dalam pelaksanaan survei kepuasan pelanggan, terutama pelaksanaan survei secara daring melalui penyediaan gadget khusus serta meningkatkan sumber daya manusia yang terlibat dalam penyelenggaraan dan pengolahan data survei.
- Berkoordinasi dengan unit kerja yang capaian kepuasan pelanggannya masih di bawah target serta menambahkan layanan yang belum masuk ke dalam daftar pertanyaan survei.
- Mengusulkan pelatihan pegawai yang berhubungan dengan proper lingkungan serta penambahan blower untuk meningkatkan kadar oksigen dalam air limbah.



INDIKATOR KINERJA RSKO BERDASARKAN PEDOMAN PENILAIAN KINERJA BADAN LAYANAN UMUM BIDANG LAYANAN KESEHATAN PER-24/PB/2018  
SEMESTER I TAHUN 2023

A. PENILAIAN INDIKATOR PADA ASPEK KEUANGAN

1. RASIO KEUANGAN

a. Rasio Kas

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$$

Penjelasan :

- 1) Kas adalah uang tunai atau saldo bank yang setiap saat dapat digunakan untuk membiayai kegiatan BLU, tidak termasuk saldo bank pada rekening dana kelolaan (Jamkesda/BPJS) yang belum menjadi hak BLU.
- 2) Setara Kas (*Cash Equivalent*) merupakan bagian dari aset lancar yang sangat liquid, yang dapat dikonversi menjadi kas dalam jangka waktu 1 (satu) sampai dengan 3 (tiga) bulan tanpa menghadapi resiko perubahan nilai yang signifikan, tidak termasuk piutang dan persediaan. Contoh setara kas antara lain deposito berjangka kurang dari 3 (tiga) bulan dan cek yang jatuh tempo kurang dari 3 (tiga) bulan.
- 3) Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar/ diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 (dua belas) bulan setelah tanggal neraca.

Skor rasio kas adalah sebagai berikut :

| Rasio Kas (%) (RK) | Skor |
|--------------------|------|
| RK > 480           | 0,5  |
| 420 < RK ≤ 480     | 0,75 |
| 360 < RK ≤ 420     | 1,25 |
| 300 < RK ≤ 360     | 1,75 |
| 240 < RK ≤ 300     | 2,25 |
| 180 < RK ≤ 240     | 1,75 |
| 120 < RK ≤ 180     | 1,25 |
| 60 < RK ≤ 120      | 0,75 |
| 0 < RK ≤ 60        | 0,5  |
| RK = 0             | 0    |

$$\begin{aligned} \text{Kas dan Setara Kas} &= 5.702.917.191 \\ \text{Kewajiban Jangka Pendek} &= 2.898.519.755 \end{aligned}$$

$$\text{Rasio Kas} = \frac{5.702.917.191}{2.898.519.755} \times 100\%$$

$$\text{Rasio Kas} = 196,75\%$$

Nilai skor rasio kas RSKO adalah 1,75

b. Rasio Lancar (*Current Ratio*)

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Aset Lancar}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$$

Penjelasan:

- 1) Aset diklasifikasikan ke dalam aset lancar dan aset non lancar. Suatu aset diklasifikasikan sebagai aset lancar, jika aset tersebut:
  - Diperkirakan akan direalisasikan atau dimiliki untuk dijual atau digunakan dalam jangka waktu 12 (dua belas) bulan setelah tanggal neraca.
  - Dimiliki untuk diperdagangkan atau untuk tujuan jangka pendek dan diharapkan akan direalisasi dalam jangka waktu 12 (dua belas) bulan dari tanggal neraca; atau
  - Berupa kas atau setara kas yang penggunaannya tidak dibatasi.
- 2) Aset Lancar antara lain meliputi kas dan setara kas, investasi jangka pendek, piutang usaha, piutang lain-lain, persediaan, uang muka dan biaya di muka.

- 3) Kewajiban jangka pendek merupakan kewajiban yang diharapkan akan dibayar /diselesaikan atau jatuh tempo dalam waktu 12 (dua belas) bulan setelah tanggal neraca.

Skor rasio lancar adalah sebagai berikut:

| Rasio Lancar (%) (RL) | Skor |
|-----------------------|------|
| RL > 600              | 2,75 |
| 480 < RL ≤ 600        | 2,25 |
| 360 < RL ≤ 480        | 1,75 |
| 240 < RL ≤ 360        | 1,25 |
| 120 < RL ≤ 240        | 0,75 |
| 0 < RL ≤ 120          | 0,5  |
| 0 =RL                 | 0    |

Aset Lancar = 41.291.293.749  
Kewajiban Jangka Pendek = 2.898.519.755

$$RL = \frac{41.291.293.749}{2.898.519.755} \times 100\%$$

$$RL = 1424,56\%$$

Nilai skor rasio lancar RSKO adalah 2,75

**c. Periode Penagihan Piutang (Collection Period)**

Rumus :  $\frac{\text{Piutang Usaha} \times 360}{\text{Pendapatan Usaha}}$  x 1 hari

Penjelasan :

- 1) Piutang usaha adalah hak yang timbul dari penyerahan barang atau jasa dalam rangka kegiatan operasi BLU.
- 2) Pendapatan usaha merupakan PNB BLU yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat.

Skor periode penagihan piutang adalah sebagai berikut:

| Periode Penagihan Piutang (Hari) (%) (PPP) | Skor |
|--------------------------------------------|------|
| PPP < 30                                   | 2,25 |
| 30 ≤ PPP < 40                              | 1,75 |
| 40 ≤ PPP < 60                              | 1,25 |
| 60 ≤ PPP < 80                              | 0,75 |
| 80 ≤ PPP < 100                             | 0,5  |
| PPP ≥ 100                                  | 0    |

Piutang Usaha = 882.386.022  
Pendapatan Usaha = 11.471.536.358

$$PPP = \frac{882.386.022}{11.471.536.358} \times 360$$

$$PPP = 13,92$$

Nilai skor periode penagihan piutang RSKO adalah 2,25

**d. Perputaran Aset Tetap (Fixed Asset Turnover)**

Rumus :  $\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aset Tetap}}$  x 100%

Penjelasan :

- 1) Pendapatan Operasional merupakan PNB BLU yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain. Pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN dan hibah.

- 2) Aset Tetap dihitung berdasarkan nilai perolehan aset tetap dikurangi konstruksi dalam pengerjaan.

Skor rasio perputaran aset tetap adalah sebagai berikut :

| Perputaran Aset Tetap (%) (PAT) | Skor |
|---------------------------------|------|
| PAT > 20                        | 2,25 |
| 15 < PAT ≤ 20                   | 1,75 |
| 10 < PAT ≤ 15                   | 1,25 |
| 5 < PAT ≤ 10                    | 0,75 |
| 0 < PAT ≤ 5                     | 0,5  |
| PAT = 0                         | 0    |

Pendapatan Operasional = 11.471.536.358  
Aset Tetap = 93.607.681.879

$$PAT = \frac{11.471.536.358}{93.607.681.879} \times 100\%$$

$$PAT = 12,25\%$$

Nilai skor prasio perputaran aset tetap RSKO adalah 1,25

**e. Imbalan atas Aset Tetap (Return on Fixed Asset)**

Rumus :

$$\frac{\text{Surplus atau Defiist sebelum Pos Keuntungan atau Keuntungan}}{\text{Aset Tetap}} \times 100\%$$

Penjelasan :

- 1) Surplus/ defisit sebelum pos keuntungan/kerugian adalah surplus /defisit sebelum pos keuntungan/kerugian, tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari APBN dan biaya penyusutan.
- 2) Aset Tetap adalah nilai perolehan aset tetap tanpa memperhatikan konstruksi dalam pengerjaan.

Skor rasio imbalan atas aset tetap adalah sebagai berikut:

| Return on Fixed Asset (%) (ROFA) | Skor |
|----------------------------------|------|
| ROFA > 6                         | 2,25 |
| 5 < ROFA ≤ 6                     | 2    |
| 4 < ROFA ≤ 5                     | 1,75 |
| 3 ROFA ≤ 4                       | 1,5  |
| 2 < ROFA ≤ 3                     | 1,25 |
| 1 < ROFA ≤ 2                     | 1    |
| 0 < ROFA ≤ 1                     | 0    |

Surplus atau Defiist sebelum Pos Keuntungan atau Keuntungan = - 19.788.664.232  
Aset Tetap = 93.607.681.879

$$ROFA = \frac{- 19.788.664.232}{93.607.681.879} \times 100\%$$

$$ROFA = -21,14\%$$

Nilai rasio imbalan atas aset tetap RSKO adalah 0

**f. Imbalan Ekuitas (Return on Equity)**

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Surplus atau Defisit sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}{\text{Ekuitas - Surplus atau Defisit sebelum pos Keuntungan atau Kerugian}}$$

Penjelasan :

- 1) Surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian adalah surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian, tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari APBN dan biaya penyusutan.
- 2) Ekuitas adalah selisih antara hak residual BLU atas aset dengan seluruh kewajiban yang dimiliki.



Skor rasio imbalan ekuitas adalah sebagai berikut:

| Return on Equity (%) (ROE) | Skor |
|----------------------------|------|
| ROE > 8                    | 2.25 |
| 7 < ROE ≤ 8                | 2.05 |
| 6 < ROE ≤ 7                | 1.85 |
| 5 < ROE ≤ 6                | 1.65 |
| 4 < ROE ≤ 5                | 1.45 |
| 3 < ROE ≤ 4                | 1.25 |
| 2 < ROE ≤ 3                | 1.05 |
| 1 < ROE ≤ 2                | 0.85 |
| 0 < ROE ≤ 1                | 0.62 |
| ROE = 0                    | 0    |

Surplus atau Defisit sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian = - 19.788.664.232  
 Ekuitas - Surplus atau Defisit sebelum pos Keuntungan atau Kerugian = 112.386.645.391

$$ROE = \frac{-19.788.664.232}{112.386.645.391} \times 100\%$$

$$ROE = -17,61\%$$

Nilai skor rasio imbalan ekuitas RSKO adalah 0

#### g. Peputaran Persediaan (*Inventory Turnover*)

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Jumlah Persediaan} \times 181}{\text{Pendapatan BLU}} \times 1 \text{ hari}$$

Penjelasan :

- 1) Jumlah persediaan adalah seluruh barang persediaan yang dimiliki oleh rumah sakit sebagaimana diatur dalam PSAP No. 05 paragraf 05.
- 2) Pendapatan BLU merupakan pendapatan Satker BLU yang terdiri atas pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, termasuk pendapatan yang berasal dari APBN.

Skor rasio perputaran persediaan adalah sebaga berikut :

| Perputaran Persediaan (Hari) (PP) | Skor |
|-----------------------------------|------|
| PP > 60                           | -    |
| 55 < PP ≤ 60                      | 0.75 |
| 45 < PP ≤ 55                      | 1.25 |
| 35 < PP ≤ 45                      | 1.75 |
| 30 < PP ≤ 35                      | 2.25 |
| 25 < PP ≤ 30                      | 1.75 |
| 15 < PP ≤ 25                      | 1.25 |
| 5 < PP ≤ 15                       | 0.75 |
| 0 < PP ≤ 5                        | -    |

Jumlah Persediaan = 7.387.505.877  
 Pendapatan BLU = 11.471.536.358

$$PP = \frac{1.337.138.563.737}{11.471.536.358} \times 1 \text{ hari}$$

$$PP = 116,56$$

Nilai skor rasio perputaran persediaan RSKO adalah 0

#### h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional

$$\text{Rumus : } \frac{\text{Pendapatan PNBPN}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100$$

Penjelasan :

- 1) Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan satker BLU yang terdiri atas pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain – lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN.
- 2) Biaya operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN BLU, tidak termasuk biaya penyusutan.

Skor rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional adalah sebagai berikut :

| Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (%) PB | Skor |
|-----------------------------------------------|------|
| PB > 45                                       | 2,75 |
| 40 < PB ≤ 45                                  | 2,5  |
| 35 < PB ≤ 40                                  | 2,25 |
| 30 < PB ≤ 35                                  | 2    |
| 25 < PB ≤ 30                                  | 1,75 |
| 20 < PB ≤ 25                                  | 1,5  |
| 0 < PB ≤ 20                                   | 1,25 |

Pendapatan PNBPN = 11.471.536.358  
Biaya Operasional = 31.260.200.590

$$PP = \frac{11.471.536.358}{31.260.200.590} \times 100\%$$

$$PP = 36,70\%$$

Nilai skor rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional RSKO adalah 2,25

## 2. KEPATUHAN PENGELOLAAN KEUANGAN BLU

### a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif

#### 1. Jadwal Penyusunan

Sesuai ketentuan PP nomor 23 tahun 2005, setelah terbit peraturan Presiden mengenai rincian APBN, RBA dilakukan Penyesuaian menjadi RBA definitif yang ditandatangani Menteri/Pimpinan Lembaga RBA yang sudah ditandatangani Menteri/Pimpinan Lembaga paling lambat tanggal 31 Desember tahun sebelumnya.

Penilaian ditentukan dari jangka waktu ditandatangani RBA definitif sebagaimana skor tabel berikut :

| No | Jangka Waktu RBA definitif Ditandatangani Menteri / Pimpinan | Skor |
|----|--------------------------------------------------------------|------|
| 1  | Sampai dengan tanggal 31 Desember tahun sebelumnya           | 0,4  |
| 2  | Setelah tanggal 31 Desember tahun sebelumnya                 | 0    |

Nilai jadwal penyusunan RBA Definitif BLU RSKO adalah 0,4.

#### 2. Kelengkapan

Sesuai ketentuan Sesuai ketentuan PMK Nomor 92/PMK.05/2011, RBA definitif disusun dengan ketentuan sebagai berikut.

- a) Ditandatangani oleh pemimpin Satker BLU;
- b) Diketahui oleh dewan pengawas atau pejabat yang ditunjuk oleh Menteri / Pimpinan Lembaga jika Satker BLU tidak mempunyai dewan pengawas;
- c) Disetujui dan ditandatangani oleh Menteri / pimpinan Lembaga; dan
- d) Format sesuai dengan PMK No .92/PMK.05/2011.

Skor untuk kelengkapan RBA adalah sebagai berikut :

| NO | Kelengkapan                                                                                                                             | Skor |       |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|
|    |                                                                                                                                         | Ya   | Tidak |
| 1. | Ditandatangani oleh Pemimpin Satker BLU                                                                                                 | 0,4  | 0     |
| 2. | Diketahui oleh dewan pengawas atau pejabat yang ditunjuk oleh Menteri / Pimpinan Lembaga jika Satker BLU tidak mempunyai dewan pengawas | 0,4  | 0     |
| 3. | Disetujui dan ditandatangani oleh Menteri / pimpinan Lembaga                                                                            | 0,4  | 0     |
| 4. | Format sesuai dengan PMK No.92/PMK.05/2011                                                                                              | 0,4  | 0     |





Nilai kelengkapan RBA definitif BLU RSKO adalah 1,6.

**b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan**

Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2005 dan PMK Nomor 76/PMK.05/2008, Satker BLU diwajibkan menyusun :

- Semester 1 paling lambat tanggal 15 Juli;
- Tahunan (Unaudited) paling lambat tanggal 22 Januari tahun anggaran berikutnya;
- Tahunan (Audited) paling lambat pada tanggal batas akhir penyampaian LKKL Audited kepada Menteri Keuangan (sesuai dengan tanggal yang akan ditentukan setiap tahunnya).

Skor untuk waktu penyampaian dan audit Laporan Keuangan adalah sebagai berikut :

| Jenis Laporan                    | Waktu Penyampaian                                                                                                                                      | Skor |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Laporan Keuangan Semester 1      | 1.Disampaikan sampai dengan tanggal 15 juli                                                                                                            | 0,66 |
|                                  | 2.Terlambat s.d. 30 hari                                                                                                                               | 0,33 |
|                                  | 3.Terlambat lebih dari 30 hari                                                                                                                         | 0,17 |
| Laporan Keuangan Tahunan         | 1.Disampaikan sampai dengan tanggal 22 januari tahun anggaran berikutnya                                                                               | 0,67 |
|                                  | 2.Terlambat s.d. 30 hari                                                                                                                               | 0,33 |
|                                  | 3.Terlambat lebih dari 30 hari                                                                                                                         | 0,17 |
| Laporan Keuangan Tahunan Audited | 1.Disampaikan sampai dengan batas akhir penyampaian LKKL Audited kepada Menteri Keuangan (sesuai dengan tanggal yang akan ditentukan setiap tahunnya). | 0,67 |
|                                  | 2.Terlambat s/d 30 hari                                                                                                                                | 0,33 |
|                                  | 3.Terlambat lebih dari 30 hari                                                                                                                         | 0,17 |

Nilai untuk laporan keuangan berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan BLU RSKO adalah 2.

**c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU**

Sesuai ketentuan PER-30/PB/2011, Satker BLU mengajukan Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU (SP3B BLU) ke KPPN minimal satu kali dalam satu triwulan, yaitu paling lambat disampaikan pada akhir triwulan berkenaan.

SP3B BLU disamping memuat pendapatan dan belanja, juga memuat jumlah saldo awal kas yang telah sesuai dengan saldo akhir kas triwulan sebelumnya.

Skor untuk waktu penyampaian dan kebenaran saldi kas adalah sebagai berikut:

| Jenis SPM             | Waktu Penyampaian                                                        | Skor |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------|------|
| SP3B BLU Triwulan I   | 1. disampaikan s/d akhir triwulan I                                      | 0,2  |
|                       | 2. disampaikan setelah triwulan I                                        | 0    |
|                       | 3. saldo kas telah sesuai                                                | 0,2  |
| SP3B BLU Triwulan II  | 1. disampaikan s/d akhir triwulan II                                     | 0,2  |
|                       | 2. disampaikan setelah triwulan II                                       | 0    |
|                       | 3. saldo kas telah sesuai                                                | 0,2  |
| SP3B BLU Triwulan III | 1. disampaikan s/d akhir triwulan III                                    | 0,2  |
|                       | 2. disampaikan setelah triwulan III                                      | 0    |
|                       | 3. saldo kas telah sesuai                                                | 0,2  |
| SP3B BLU Triwulan IV  | 1. disampaikan sesuai dengan langkah-langkah akhir tahun anggaran        | 0,4  |
|                       | 2. masih terdapat pendapatan dan belanja yang belum dilakukan pengesahan | 0    |
|                       | 3. saldo kas telah sesuai                                                | 0,4  |

Nilai surat perintah pengesahan pendapatan dan belanja BLU RSKO adalah 2.

**d. Tarif Layanan**

Sesuai ketentuan PP Nomor 23 Tahun 2008 dan PMK 100/PMK.05/2016, BLU harus memiliki tarif layanan yang ditetapkan oleh Menteri Keuangan dan/atau didelegasikan kepada Menteri/Pimpinan Lembaga/Pemimpin BLU sebagaimana ditetapkan dalam Keputusan Menteri Keuangan mengenai penetapan tarif layanan BLU berkenaan.

Skor untuk tarif layanan adalah sebagai berikut :

| No | Tahap Pengusulan                                                                                                   | Skor |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1. | Apabila tarif telah ditetapkan oleh Menteri Keuangan                                                               | 1    |
| 2. | Apabila tarif masih dalam proses penilaian di Kementerian Keuangan                                                 | 0,75 |
| 3. | Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan , namun menggunakan tarif berdasarkan PP                         | 0,5  |
| 4. | Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan namun menggunakan tarif yang ditetapkan Menteri/Pimpinan Lembaga | 0,25 |
| 5. | Apabila tarif belum diusulkan ke Menteri Keuangan, namun menggunakan tarif yang ditetapkan Pemimpin Satker BLU     | 0    |

Nilai Tarif Layanan BLU RSKO adalah 1.

**e. Sistem Akuntansi**

Sesuai ketentuan PP No. 23 Tahun 2005 dan PMK Nomor 220/PMK.05/2016, BLU menyelenggarakan dan mengembangkan subsistem akuntansi secara mandiri untuk dapat menghasilkan pencatatan transaksional sesuai dengan karakteristik BLU.

Skor untuk sistem akuntansi adalah sebagai berikut :

| Sub Sistem Akuntansi Transaksional | Skor |       |
|------------------------------------|------|-------|
|                                    | Ya   | Tidak |
| Sistem Akuntansi Keuangan          | 0,6  | 0     |
| Sistem Akuntansi Biaya             | 0,2  | 0     |
| Sistem Akuntansi Aset Tetap        | 0,2  | 0     |

Nilai Sistem Akuntansi BLU RSKO adalah 1.

**f. Persetujuan Rekening**

Sesuai ketentuan PP No.23 Tahun 2005 dan PMK Nomor 182/PMK.05/2017 dan 82/PMK.05/2018, BLU dapat membuka rekening setelah mendapat persetujuan Bendahara Umum Negara.

Rekening yang dimaksud terdiri dari Rekening Pengelolaan Kas BLU, Rekening Operasional BLU dan Rekening Dana Kelolaan.

Skor untuk persetujuan rekening adalah sebagai berikut :

| Persetujuan Rekening dari Kuasa BUN Pusat | Skor |       |
|-------------------------------------------|------|-------|
|                                           | Ya   | Tidak |
| Rekening pengelolaan Kas                  | 0,1  | 0     |
| Rekening Operasional                      | 0,3  | 0     |
| Rekening Dana Kelolaan                    | 0,1  | 0     |

Nilai Persetujuan Rekening BLU RSKO adalah 0,5.

**g. SOP Pengelolaan Kas**

Sesuai ketentuan PP No.23 Tahun 2005 pasal 16, Satker BLU melaksanakan pengelolaan kas berdasarkan praktek bisnis yang sehat. Oleh karena itu, dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan kas oleh Satker BLU, maka pemimpin Satker BLU harus menetapkan SOP Pengelolaan Kas.

Skor untuk penyesuaian SOP Pengelolaan Kas adalah sebagai berikut :

| SOP Pengelolaan Kas (Ditetapkan Pemimpin Satker BLU) | Skor |       |
|------------------------------------------------------|------|-------|
|                                                      | Ya   | Tidak |
| SOP Pengelolaan Kas                                  | 0,5  | 0     |

Nilai SOP Pengelolaan Kas BLU RSKO adalah 0,5.

**h. SOP Pengelolaan Piutang**

Sesuai ketentuan PP No.23 Tahun 2005 pasal 17, Satker BLU melaksanakan pengelolaan piutang berdasarkan praktek bisnis yang sehat. Oleh karena itu, dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan piutang oleh Satker BLU, maka pemimpin Satker BLU harus menetapkan SOP pengelolaan piutang.

Skor untuk penyusunan SOP Pengelolaan Piutang adalah sebaga berikut :

| SOP Pengelolaan Piutang (Ditetapkan Pemimpin Satker BLU) | Skor |       |
|----------------------------------------------------------|------|-------|
|                                                          | Ya   | Tidak |
| SOP Pengelolaan Piutang                                  | 0,5  | 0     |

Nilai SOP Pengelolaan Piutang BLU RSKO adalah 0,5.

**i. SOP Pengelolaan Utang**

Sesuai ketentuan PP No.23 Tahun 2005 pasal 18, Satker BLU melaksanakan pengelolaan utang berdasarkan praktek bisnis yang sehat. Oleh karena itu dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelola piutang oleh Satker BLU, maka pemimpin Satker BLU harus menetapkan SOP pengelolaan utang.

Skor untuk penyusunan SOP Pengelolaan Utang adalah sebaga berikut :

| SOP Pengelolaan Utang (Ditetapkan Pemimpin Satker BLU) | Skor |       |
|--------------------------------------------------------|------|-------|
|                                                        | Ya   | Tidak |
| SOP Pengelolaan Utang                                  | 0,5  | 0     |

Nilai SOP Pengelolaan Utang BLU RSKO adalah 0,5.

**j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa**

Sesuai ketentuan PP No.23 Tahun 2005 pasal 18, Satker BLU melaksanakan pengelolaan utang berdasarkan praktek bisnis yang sehat. Oleh karena itu dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelola piutang oleh Satker BLU, maka pemimpin Satker BLU harus menetapkan SOP pengelolaan utang.

Skor untuk penyusunan SOP Pengadaan Barang dan Jasa adalah sebaga berikut :

| SOP Pengadaan Barang dan Jasa (Ditetapkan Pemimpin Satker BLU) | Skor |       |
|----------------------------------------------------------------|------|-------|
|                                                                | Ya   | Tidak |
| Pengadaan Barang dan Jasa                                      | 0,5  | 0     |

Nilai SOP Pengadaan Barang dan Jasa BLU RSKO adalah 0,5.

**k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris**

Sesuai ketentuan PP No.23 Tahun 2005 pasal 21, Satker BLU melaksanakan pengelolaan barang inventaris berdasarkan praktek bisnis yang sehat. Oleh karena itu dalam rangka mewujudkan transparansi dan akuntabilitas pengelolaan barang inventaris oleh Satker BLU. maka pemimpin Satker BLU harus menetapkan SOP pengelolaan barang inventaris.

Skor untuk penyusunan SOP Pengelolaan Barang Inventaris adalah sebaga berikut :

| SOP Pengelolaan Barang Inventaris (Ditetapkan Pemimpin Satker BLU) | Skor |       |
|--------------------------------------------------------------------|------|-------|
|                                                                    | Ya   | Tidak |
| Rekening Pengelolaan Barang Inventaris                             | 0,5  | 0     |

Nilai SOP Pengelolaan Barang Inventaris BLU RSKO adalah 0,5.

**B. PENILAIAN INDIKATOR PADA ASPEK PELAYANAN**
**1. PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS**
**a. Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan**

Rumus :

Rata-rata Kunjungan RJ per Hari Semester I Tahun Berjalan

Rata-rata Kunjungan RJ per Hari Semsester I Tahun Lalu

Penjelasan :

Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat jalan selama satu semester I dibagi dengan jumlah hari kerja sesuai dengan hari kerja masing-masing rumah sakit dengan formula:

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| <u>Jumlah Kunjungan Rawat Jalan pada Satu Semester I</u> |
| <u>Jumlah Hari Kerja dalam Satu Semester I</u>           |

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan adalah sebagai berikut :

| Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan (RJ) | Skor |
|--------------------------------------------------|------|
| $RJ \geq 1,10$                                   | 3    |
| $1,00 \leq RJ < 1,10$                            | 2,5  |
| $0,95 \leq RJ < 1,00$                            | 2    |
| $0,90 \leq RJ < 0,95$                            | 1,5  |
| $0,85 \leq RJ < 0,90$                            | 1    |
| $RJ < 0,85$                                      | 0    |

Jumlah kunjungan rawat jalan semester I 2023= 18.607

Jumlah kunjungan rawat jalan semester I 2022= 26.507

Jumlah hari kerja = 132

$$RJ = \frac{141}{201}$$

$$RJ = 0,70$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat jalan BLU RSKO adalah 0



b. Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat

Rumus :

Rata - rata kunjungan RD per hari pada semester I tahun berjalan

Rata - rata kunjungan RD per hari semester I tahun lalu

Penjelasan :

Rata-rata kunjungan rawat jalan per hari dihitung berdasarkan jumlah kunjungan pasien rawat darurat selama satu

semester I dibagi dengan jumlah hari kerja sesuai dengan hari kerja masing-masing rumah sakit dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah Kunjungan Rawat Darurat pada Satu Semester I}}{\text{Jumlah Hari Kerja dalam Satu Semester I}}$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat adalah sebagai berikut :

| Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat (RD) | Skor |
|----------------------------------------------------|------|
| $RD \geq 1,10$                                     | 2,5  |
| $1,00 \leq RD < 1,10$                              | 2    |
| $0,95 \leq RD < 1,00$                              | 1,5  |
| $0,90 \leq RD < 0,95$                              | 1    |
| $0,85 \leq RD < 0,90$                              | 0,5  |
| $RD < 0,85$                                        | 0    |

Jumlah kunjungan rawat darurat semester I 2023= 470

Jumlah kunjungan rawat darurat semester I 2022= 335

Jumlah hari kerja = 182

$$RD = \frac{3}{2}$$

$$RD = 1,40$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat darurat BLU RSKO adalah 2,5

c. Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat inap

Rumus :

Jumlah hari perawatan rawat inap semester I tahun berjalan

Jumlah hari perawatan rawat inap semester I tahun lalu

Penjelasan :

Hari perawatan dihitung berdasarkan jumlah pasien dalam perawatan di ruangan selama satu hari (24 jam) dalam

satu semester I dibagi dengan jumlah hari dalam semester I tahun yang sama, dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah pasien dalam perawatan di ruangan selama satu hari (24jam) dalam satu semester I}}{\text{Jumlah hari kerja dalam satu semester I}}$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat inap adalah sebagai berikut:

| Pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat inap (RI) | Skor |
|-------------------------------------------------|------|
| $RI \geq 1,10$                                  | 2,5  |
| $1,00 \leq RI < 1,10$                           | 2    |
| $0,95 \leq RI < 1,00$                           | 1,5  |
| $0,90 \leq RI < 0,95$                           | 1    |
| $0,85 \leq RI < 0,90$                           | 0,5  |
| $RI < 0,85$                                     | 0    |

Jumlah pasien dalam perawatan di ruangan selama satu hari  
(24jam) dalam satu semester I tahun 2023 = 561

Jumlah pasien dalam perawatan di ruangan selama satu hari  
(24jam) dalam satu semester I tahun 2022 = 192

Jumlah hari kerja = 182

$$RI = \frac{3}{1}$$

$$RI = 2,92$$

Skor pertumbuhan rata-rata kunjungan rawat inap BLU RSKO adalah 2,5





d. Pertumbuhan pemeriksaan Radiologi

Rumus :

$$\frac{\text{Rata-rata Pemeriksaan Radiologi per Hari Semester I Tahun Berjalan}}{\text{Rata-rata Pemeriksaan Radiologi per Hari Semester I Tahun Lalu}}$$

Penjelasan :

Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan radiologi selama satu semester dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan radiologi, dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah Pemeriksaan Radiologi Selama Satu Semester}}{\text{Jumlah Hari Kerja Unit Layanan Radiologi dalam Satu Semester Tahun yang Sama}}$$

Pemeriksaan radiologi pada unit layanan radiologi dapat berupa:

- Pemeriksaan radiologi
- Pemeriksaan radiodiagnostik dan imaging
- Pemeriksaan psikometri
- Pemeriksaan elektordiagnostik

Skor pertumbuhan pemeriksaan radiologi adalah sebagai berikut :

| Pertumbuhan perawatan radiologi (PR) | Skor |
|--------------------------------------|------|
| $PR \geq 1,10$                       | 2,5  |
| $1,00 \leq PR < 1,10$                | 2    |
| $0,95 \leq PR < 1,00$                | 1,5  |
| $0,90 \leq PR < 0,95$                | 1    |
| $0,85 \leq PR < 0,90$                | 0,5  |
| $PR < 0,85$                          | 0    |

Jumlah pemeriksaan radiologi semester I 2023= 1.280

Jumlah pemeriksaan radiologi semester I 2022= 1.096

Jumlah hari kerja = 182

$$PR = \frac{7}{6}$$

$$PR = 1,17$$

Skor pertumbuhan pemeriksaan radiologi RSKO adalah 2,5

e. Pertumbuhan pemeriksaan laboratorium

Rumus :

$$\frac{\text{Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari semester I tahun berjalan}}{\text{Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari semester I tahun lalu}}$$

Penjelasan :

Rata-rata pemeriksaan laboratorium per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan laboratorium selama satu semester dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan laboratorium, dengan formula :

$$\frac{\text{Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Selama Satu Semester}}{\text{Jumlah Hari Kerja Unit Layanan Laboratorium dalam Semester Tahun yang Sama}}$$

Pemeriksaan laboratorium pada unit layanan laboratorium dapat berupa:

- Pemeriksaan laboratorium patologi klinik
- Pemeriksaan laboratorium patologi anatomi
- Pemeriksaan laboratorium mikrobiologi
- Kegiatan kesehatan jiwa masyarakat untuk RSJ dan RSKO.  
Khusus untuk RSJ dan RSKO termasuk pemeriksaan NAPZA

Skor pertumbuhan pemeriksaan laboratorium adalah sebagai berikut :

| Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium (PL) | Skor |
|-------------------------------------------|------|
| $PL \geq 1,10$                            | 2,5  |
| $1,00 \leq PL < 1,10$                     | 2    |
| $0,95 \leq PL < 1,00$                     | 1,5  |
| $0,90 \leq PL < 0,95$                     | 1    |
| $0,85 \leq PL < 0,90$                     | 0,5  |
| $PL \leq 0,85$                            | 0    |



Jumlah pemeriksaan laboratorium semester I 2023= 34.763  
 Jumlah pemeriksaan laboratorium semester I 2022= 18.966  
 Jumlah hari kerja = 182

$$PL = \frac{191}{104}$$

$$PL = 1,83$$

Skor pertumbuhan pemeriksaan laboratorium RSKO adalah 2,5

## f. Pertumbuhan Detoksifikasi

Rumus :

$$\frac{\text{Rata-rata Tindakan Detoksifikasi per Hari Semester I Tahun Berjalan}}{\text{Rata-rata Tindakan Detoksifikasi per Hari Semester I Tahun Lalu}}$$

Rata-rata tindakan detoksifikasi per hari dihitung berdasarkan jumlah tindakan detoksifikasi selama satu semester dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan tindakan detoksifikasi dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah Pemeriksaan Tindakan Detoksifikasi selama Satu Semester}}{\text{Jumlah Hari Kerja Unit Layanan Detoksifikasi dalam Semester yang Sama}}$$

Skor pertumbuhan detoksifikasi adalah sebagai berikut:

| Pertumbuhan Operasi (PO) | SKor |
|--------------------------|------|
| $PO \geq 1,10$           | 2,5  |
| $1,00 \leq PO < 1,10$    | 2    |
| $0,95 \leq PO < 1,00$    | 1,5  |
| $0,90 \leq PO < 0,95$    | 1    |
| $0,85 \leq PO < 0,90$    | 0,5  |
| $PO < 0,85$              | 0    |

Jumlah tindakan detoksifikasi Semester I 2023= 222

Jumlah tindakan detoksifikasi Semester I 2022= 70

Jumlah hari kerja = 182

$$PO = \frac{1,22}{0,38}$$

$$PO = 3,17$$

Skor pertumbuhan detoksifikasi RSKO adalah 2,5

## h. Pertumbuhan Rehab Medik

Rumus :

$$\frac{\text{Rata-rata Medik per Hari Semester I Tahun Berjalan}}{\text{Rata-rata Rehab Medik per Hari Semester I Tahun Lalu}}$$

Penjelasan :

Rata-rata rehab medik per hari dihitung berdasarkan jumlah pemeriksaan rehab medik selama satu semester dibagi dengan jumlah hari kerja di unit layanan rehab dengan formula:

$$\frac{\text{Jumlah Pemeriksaan Rehab Medik selama Satu Semester}}{\text{Jumlah Hari Kerja Unit Layanan Rehab Medik dalam Semester yang Sama}}$$

Skor pertumbuhan rehab medik adalah sebagai berikut :

| Pertumbuhan Rehab Medik (PRM) | SKor |
|-------------------------------|------|
| $PRM \geq 1,10$               | 2,5  |
| $1,00 \leq PRM < 1,10$        | 2    |
| $0,95 \leq PRM < 1,00$        | 1,5  |
| $0,90 \leq PRM < 0,95$        | 1    |
| $0,85 \leq PRM < 0,90$        | 0,5  |
| $PRM < 0,85$                  | 0    |



Jumlah pemeriksaan rehab medik semester I 2023= 1.395

Jumlah pemeriksaan rehab medik semester I 2022= 151

Jumlah hari kerja = 132

$$\text{PRM} = \frac{10,57}{1,14}$$

$$\text{PRM} = 9,24$$

Skor pertumbuhan rehab medik RSKO adalah 2,5

## 2. EFEKTIVITAS PELAYANAN

### a. Kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan

Rumus :

$$\frac{\text{Rekam Medik 24 Jam yang telah Diisi Lengkap Setelah Selesai Pelayanan}}{\text{Jumlah Semua Rekam Medik}} \times 100\%$$

Penjelasan :

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

Skor kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan adalah sebagai berikut:

| Pertumbuhan Rekam Medik 24 jam selesai pelayanan (%) (KRM) | Skor |
|------------------------------------------------------------|------|
| KRM > 80                                                   | 2    |
| 60 < KRM ≤ 80                                              | 1,5  |
| 40 < KRM ≤ 60                                              | 1,25 |
| 30 < KRM ≤ 40                                              | 1    |
| 20 < KRM ≤ 30                                              | 0,5  |
| 0 ≤ KRM ≤ 20                                               | 0    |

Jumlah RM 24 jam yang telah diisi lengkap setelah selesai pelayanan = 24.345

Jumlah semua RM = 28.575

$$\text{KRM} = \frac{24.345}{28.575} \times 100\%$$

$$\text{KRM} = 85,20\%$$

Skor kelengkapan rekam medik 24 jam selesai pelayanan RSKO adalah 2

### b. Pengembalian rekam medik

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Rekam Medik Rawat Dikembalikan}}{\text{Jumlah Semua Rekam Medik dalam Satu Semester}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Pengembalian rekam medik adalah rata-rata jumlah rekam medik rawat yang dikembalikan dari rawat inap pengelola rekam medik dalam waktu ≤ 24 jam setelah pasien pulang selama satu semester.

Skor pengembalian rekam medik adalah sebagai berikut :

| Pengembalian Rekam Medik (%) (PRM) | Skor |
|------------------------------------|------|
| PRM > 80                           | 2    |
| 60 < PRM ≤ 80                      | 1,5  |
| 40 < PRM ≤ 60                      | 1,25 |
| 30 < PRM ≤ 40                      | 1    |
| 20 < PRM ≤ 30                      | 0,5  |
| 0 ≤ PRM ≤ 20                       | 0    |

Jumlah Rekam Medik Rawat Dikembalikan = 284

Jumlah Semua Rekam Medik = 316

$$\text{PRM} = \frac{284}{316} \times 100\%$$

$$\text{PRM} = 89,87\%$$

Skor pengembalian rekam medik RSKO adalah 2



c. Angka Pembatalan Detoksifikasi

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Pembatalan Tindakan Detoksifikasi}}{\text{Jumlah Tindakan Detoksifikasi yang telah Direncanakan}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Angka pembatalan detoksifikasi dihitung berdasarkan persentase dari jumlah pembatalan detoksifikasi yang sudah dijadwalkan di kamar detoksifikasi selama satu semester dibandingkan dengan jumlah pasien yang telah direncanakan detoksifikasi dan telah dijadwalkan di kamar detoksifikasi dalam satu semester.

Skor angka pembatalan detoksifikasi adalah sebagai berikut :

| Angka Pembatalan Operasi (%) (APO) | Skor |
|------------------------------------|------|
| $APO > 3$                          | 0,5  |
| $2 < APO \leq 3$                   | 1    |
| $1 < APO \leq 2$                   | 1,5  |
| $0 \leq APO \leq 1$                | 2    |

Jumlah pembatalan tindakan detoksifikasi = 0

Jumlah tindakan detoksifikasi yang telah direncanakan = 222

$$APO = \frac{0}{222} \times 100\%$$

$$APO = 0,00\%$$

Skor angka pembatalan detoksifikasi RSKO adalah 2

d. Angka Kegagalan Hasil Radiologi

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Kegagalan Hasil Radiologi}}{\text{Jumlah Pemeriksaan Radiologi}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Angka kegagalan hasil radiologi dihitung berdasarkan persentase dari jumlah kegagalan radiologi berupa kerusakan foto yang tidak dapat dibaca selama satu semester terhadap jumlah keseluruhan pemeriksaan radiologi (rontgen) dalam semester yang sama.

Skor angka Kegagalan Hasil Radiologi adalah sebagai berikut:

| Angka Kegagalan Hasil radiologi (%) (AKR) | Skor |
|-------------------------------------------|------|
| $AKR > 3$                                 | 0,5  |
| $2 < AKR \leq 3$                          | 1    |
| $1 < AKR \leq 2$                          | 1,5  |
| $0 \leq AKR \leq 1$                       | 2    |

Jumlah Kegagalan Hasil Radiologi = 0

Jumlah Pemeriksaan Radiologi = 1.280

$$AKR = \frac{0}{1.280} \times 100\%$$

$$AKR = 0,00\%$$

Skor angka Kegagalan Hasil Radiologi RSKO adalah 2

e. Penulisan Resep sesuai Formularium

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Resep sesuai Formularium}}{\text{Jumlah semua Resep di rumah Sakit}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Penulisan resep sesuai formularium adalah persentase jenis obat yang diresepkan sesuai dengan formularium dibandingkan dengan seluruh resep di rumah sakit selama satu tahun.

Skor angka penulisan resep sesuai Formularium adalah sebagai berikut:

| Penulisan Resep Sesuai Formularium (%) (PRF) | Skor |
|----------------------------------------------|------|
| $PRF \geq 90$                                | 2    |
| $70 \leq PRF < 90$                           | 1,5  |
| $50 \leq PRF < 70$                           | 1    |
| $0 \leq PRF < 50$                            | 0,5  |





Jumlah Resep sesuai Formularium = 12.846  
Jumlah semua Resep dirumah Sakit = 12.878

$$\text{PRF} = \frac{12.846}{12.878} \times 100\%$$

PRF = 99,75%  
Skor angka penulisan resep sesuai Formularium RSKO adalah 2

f. Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Pemeriksaan Ulang di Lab Patologi Klinik selama 1 Semester}}{\text{Jumlah seluruh Pemeriksaan Laboratorium pada Semester yang Sama}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Angka pemeriksaan ulang dilaboratorium (kegagalan hasil laboratorium) dihitung berdasarkan persentase dari jumlah pemeriksaan ulang dilaboratorium patologi klinik selama satu semester dibandingkan jumlah seluruh pemeriksaan laboratorium pada semester yang sama.

Adapun pemeriksaan ulang laboratorium khusus untuk RSJ dan RSKO adalah terkait dengan pemeriksaan NAPZA.

Skor angka pengulangan pemeriksaan laboratorium adalah sebagai berikut :

| Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium (%) (PPL) | Skor |
|------------------------------------------------------|------|
| PPL > 3                                              | 0,5  |
| 2 < PPL ≤ 3                                          | 1    |
| 1 < PPL ≤ 2                                          | 1,5  |
| 0 ≤ PPL ≤ 1                                          | 2    |

Jumlah Pemeriksaan Ulang di Lab Patologi Klinik = 0

Jumlah seluruh Pemeriksaan Laboratorium = 34.763

$$\text{PPL} = \frac{0}{34.763} \times 100\%$$

PPL = 0,00%  
Skor angka pengulangan pemeriksaan laboratorium RSKO adalah 2

g. *Bed Occupancy Rater (BOR)*

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Hari Perawatan}}{\text{Jumlah hari x Tempat Tidur}} \times 100\%$$

Penjelasan :

BOR dihitung berdasarkan presentase pemakaian tempat tidur per hari selama satu semester (181 hari) menggambarkan tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60% - 80%.

BOR adalah total hari perawatan selama satu semester dibagi dengan jumlah hari dalam satu semester (181 hari) dikalikan jumlah tempat tidur.

Skor BOR adalah sebagai berikut :

| BOR (%)        | Skor |
|----------------|------|
| BOR ≤ 100      | 0,5  |
| 90 ≤ BOR < 100 | 1    |
| 80 ≤ BOR < 90  | 1,5  |
| 70 ≤ BOR < 80  | 2    |
| 60 ≤ BOR < 70  | 1,5  |
| 50 ≤ BOR < 60  | 1    |
| BOR < 50       | 0,5  |

Jumlah Hari Perawatan = 15.280

Jumlah Hari = 181

Jumlah tempat tidur = 100

$$\text{BOR} = \frac{15.280}{18.100} \times 100\%$$

BOR = 84,42%

Skor *Bed Occupancy Rater (BOR)* RSKO adalah 1,5



### 3. PERTUMBUHAN PEMBELAJARAN

#### a. Rata-rata jam pelatihan karyawan

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Jam Pelatihan Karyawan dalam 1 Semester}}{\text{Jumlah Karyawan dalam 1 Semester} \times 20 \text{ Jam}}$$

Penjelasan :

Rata-rata jam pelatihan per karyawan adalah total realisasi jam pelatihan karyawan dalam satu semester dibagi jumlah karyawan dikali 20 jam.

Skor rata-rata jam pelatihan karyawan adalah sebagai berikut :

| Rata-rata jam Pelatihan Karyawan (JPK) | Skor |
|----------------------------------------|------|
| $JPK \geq 0.80$                        | 1,5  |
| $0.60 \leq JPK < 0.80$                 | 1    |
| $0.40 \leq JPK < 0.60$                 | 0,5  |
| $JPK < 0.40$                           | 0,25 |

$$\text{Jumlah Jam Pelatihan Karyawan} = \frac{2.399}{299}$$

$$\text{Jumlah Karyawan} = 299$$

$$JPK = \frac{2.399}{299} \times 20 \text{ Jam}$$

$$JPK = 0,40$$

Skor rata-rata jam pelatihan karyawan RSKO adalah 0,5

#### b. Persentase Dokter Pendidikan Klinis Yang Mendapat TOT

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah dokter pendidikan klinis yang mendapat TOT}}{\text{Jumlah seluruh dokter pendidikan klinis}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Adalah jumlah dokter pendidikan klinis yang mendapatkan TOT (*Training Of Trainer*) selama satu semester dibandingkan dengan jumlah seluruh dokter pendidikan klinis pada semester yang sama (berjalan).

Skor persentase dokter pendidikan klinis yang mendapatkan TOT adalah sebagai berikut :

| Dokter Pendidikan Klinis Mendapatkan TOT (%) | Skor |
|----------------------------------------------|------|
| $TOT > 75$                                   | 0    |
| $50 \leq TOT < 75$                           | 0    |
| $25 \leq TOT < 50$                           | 0    |
| $0 \leq TOT < 25$                            | 0    |

untuk RS non pendidikan Persentase dokter pendidik klinis yang mendapat TOT tidak ada

#### c. Program *Reward and Punishment*

Penjelasan :

Program *reward and punishment* merupakan salah satu bentuk metode untuk memotivasi dan meningkatkan kinerja pegawai Reward (penghargaan) merupakan bentuk apresiasi dari rumah sakit kepada Sumber Daya Manusia (SDM) yang berprestasi, sedangkan Punishment (sanksi) dihitung berdasarkan bentuk hukuman yang diberikan oleh rumah sakit kepada SDM yang melanggar peraturan disiplin kepegawaian.

Skor program *reward and punishment* adalah sebagai berikut :

| Uraian Program <i>Reward and Punishment</i>    | Skor |
|------------------------------------------------|------|
| Tidak ada program <i>Reward and Punishment</i> | 0    |
| Ada program tidak dilaksanakan                 | 0,5  |
| Ada program sebagian dilaksanakan              | 1    |
| Ada program dilaksanakan                       | 1,5  |

Program *Reward and Punishment* BLU RSKO adalah berupa penilaian kinerja individu setiap bulan

Skor program *reward and punishment* RSKO adalah 1,5



## C. PENILAIAN INDIKATOR PADA MUTU DAN MANFAAT PADA MASYARAKAT

### 1. MUTU PELAYANAN

#### a. Emergency Response Time Rate

Rumus :

Rata-rata waktu tunggu sampai mendapatkan pelayanan (dalam menit) di instalasi gawat darurat.

Penjelasan :

*Emergency response time rate* adalah penanganan terhadap pasien gawat darurat dari awal pasien dilayani sampai dengan pasien bisa ditangani (*ABC treatment* dari awal resusitasi sampai dengan stabilisasi).

Skor *Emergency response time rate* adalah sebagai berikut:

| Emergency Response Time Rate (Menit) (ERT) | Skor |
|--------------------------------------------|------|
| ERT ≤ 8                                    | 2    |
| 8 < ERT ≤ 15                               | 1,5  |
| 15 < ERT ≤ 30                              | 1    |
| ERT > 30                                   | 0,50 |

Emergency response time rate BLU RSKO adalah

1,06 menit

Maka skor *emergency response time rate* RSKO adalah 2

#### b. Waktu tunggu rawat jalan

Rumus :

Rata-rata lama waktu tunggu pasien sampai mendapatkan pelayanan di unit rawat jalan (dalam menit).

Penjelasan :

Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai pasien mendaftar sampai dilayani oleh dokter spesialis. Waktu standar umumnya adalah ≤ 30 menit.

Skor waktu tunggu rawat jalan adalah sebagai berikut:

| Waktu tunggu rawat jalan (Menit) (WRJ) | Skor |
|----------------------------------------|------|
| WRJ ≤ 30                               | 2    |
| 30 < WRJ ≤ 60                          | 1,5  |
| 60 < WRJ ≤ 90                          | 1    |
| WRJ > 90                               | 0,50 |

Waktu tunggu rawat jalan BLU RSKO Jakarta adalah

31,38 menit

Maka skor *emergency response time rate* RSKO adalah 1,5

#### c. Length Of Stay

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Lama Dirawat}}{\text{Jumlah Pasien Keluar}}$$

Penjelasan :

Rata-rata *Length of Stay* (LOS) merupakan rata-rata lama perawatan pasien yang memberikan gambaran tingkat efisiensi juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan apabila diterapkan pada diagnosis tertentu.

Standar LOS berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada masing-masing rumah sakit antara lain:

- Rumah Sakit Umum Sandar LOS 6 s/d 9 hari.
- Rumah Sakit Jiwa dan RSKO Sandar LOS kurang dari 42 hari.
- Rumah Sakit Mata, Standar LOS 2 s/d 3 hari.

Skor *Length Of Stay* adalah sebagai berikut:

| LOS (Hari)    | Skor |
|---------------|------|
| 0 ≤ LOS < 5   | 0,5  |
| 5 ≤ LOS < 15  | 1    |
| 15 ≤ LOS < 30 | 1,5  |
| 30 ≤ LOS < 45 | 2    |
| 45 ≤ LOS < 60 | 1,5  |
| 60 ≤ LOS < 75 | 1    |
| LOS ≥ 75      | 0,5  |



Jumlah lama dirawat = 16.046

Jumlah pasien keluar = 563

$$\text{LOS} = \frac{16.046}{563}$$

$$\text{LOS} = 28,50 \quad \text{Hari}$$

Skor *Length Of Stay* RSKO adalah 1,5

d. Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi

Rumus :

Rata-rata penyelesaian pelayanan resep obat jadi (dalam menit)

Penjelasan :

Kecepatan pelayanan resep obat jadi dihitung berdasarkan jumlah waktu yang diperlukan untuk menyediakan obat sejak diserahkan oleh pasien ke petugas farmasi rumah sakit sampai dengan pasien menerima obat jadi (Standar < 30 menit).

Skor kecepatan pelayanan resep obat jadi adalah sebagai berikut :

| Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi (Menit) (KRO) | Skor |
|---------------------------------------------------|------|
| KRO < 8                                           | 2    |
| $8 \leq \text{KRO} < 15$                          | 1,5  |
| $15 \leq \text{KRO} < 30$                         | 1    |
| $\text{KRO} \geq 30$                              | 0,5  |

Kecepatan pelayanan resep obat jadi BLU RSKO adalah 4,42 menit

Skor kecepatan pelayanan resep obat jadi RSKO adalah 2

e. Waktu tunggu sebelum tindakan detoksifikasi

Rumus :

Rata-rata lama menunggu sebelum dioperasi (dalam hari)

Penjelasan :

Waktu tunggu sebelum detoksifikasi dihitung berdasarkan waktu tunggu pasien sejak diputuskan detoksifikasi dan telah dijadwalkan dikamar detoksifikasi sampai dilaksanakannya tindakan detoksifikasi (Standar 2 hari).

Skor waktu tunggu detoksifikasi adalah sebagai berikut :

| Waktu Tunggu Sebelum Operasi Elektif (Hari) (WTO) | Skor |
|---------------------------------------------------|------|
| $\text{WTO} < 2$                                  | 2    |
| $2 \leq \text{WTO} < 3$                           | 1,5  |
| $3 \leq \text{WTO} < 5$                           | 1    |
| $\text{WTO} \geq 5$                               | 0,5  |

Waktu tunggu sebelum tindakan detoksifikasi BLU RSKO adalah

0,44 hari

Skor Waktu tunggu sebelum tindakan detoksifikasi RSKO adalah 2

f. Waktu tunggu hasil laboratorium

Rumus :

Rata-rata lama menunggu hasil laboratorium (dalam jam).

Penjelasan :

Waktu tunggu hasil laboratorium adalah tenggang waktu sejak pasien diambil sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise (standar  $\leq 140$  menit).

Skor waktu tunggu operasi efektif adalah sebagai berikut:

| Waktu Tunggu Hasil Laboratorium (Jam) (WTL) | Skor |
|---------------------------------------------|------|
| $\text{WTL} \leq 3$                         | 2    |
| $3 < \text{WTL} \leq 4$                     | 1,5  |
| $4 < \text{WTL} \leq 5$                     | 1    |
| $\text{WTL} > 5$                            | 0,5  |

Waktu tunggu hasil laboratorium BLU RSKO adalah

1,35 jam

Skor Waktu tunggu hasil laboratorium RSKO adalah 2



g. Waktu Tunggu Hasil Radiologi

Rumus :

Rata-rata lama menunggu hasil radiolog (dalam jam).

Penjelasan:

Waktu tunggu hasil radiologi adalah tenggang waktu sejak pasien difoto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertise (standar  $\leq 2$  jam).

Skor waktu tunggu hasil radiologi adalah sebaga berikut :

| Waktu Tunggu Hasil Radiologi (Jam) (WTR) | Skor |
|------------------------------------------|------|
| $WTR \leq 3$                             | 2    |
| $3 < WTR \leq 4$                         | 1,5  |
| $4 < WTR \leq 5$                         | 1    |
| $WTR > 5$                                | 0,5  |

Waktu tunggu hasil radiologi BLU RSKO adalah

1,85 jam

Skor Waktu tunggu hasil radiologi RSKO adalah 2

## 2. MUTU KLINIK

a. Angka Kematian di Gawat Darurat

pada RSKO, perhitungan AKG menggunakan angka pasien bunuh diri di gawat darurat dengan rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Pasien bunuh diri}}{\text{Jumlah Pasien di IGD}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Angka pasien bunuh diri di Unit Gawat Darurat pada RSKO merupakan persentase dari perbandingan antara jumlah pasien bunuh diri di Unit Gawat Darurat (UGD) pada RSKO dengan jumlah seluruh pasien yang dilayani oleh UGD pada RSKO.

Skor Angka Kematian di Gawat Darurat adalah sebagai berikut :

| Angka Bunuh Diri di Gawat Darurat (%) (AKG) | Skor |
|---------------------------------------------|------|
| $AKG \leq 2,5$                              | 2    |
| $2,5 < AKG \leq 3$                          | 1,5  |
| $3 < AKG \leq 5$                            | 1    |
| $AKG > 5$                                   | 0,5  |

Jumlah Pasien bunuh diri di IGD = 0

Jumlah Pasien di IGD = 470

$$AKG = \frac{0}{470} \times 100\%$$

$$AKG = 0,00\%$$

Skor Angka Kematian di Gawat Darurat RSKO adalah 2

b. Angka Kematian/Kebutaan  $\geq 48$  Jam

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien meninggal/buta} \geq 48 \text{ Jam}}{\text{Jumlah Pasien yang dirawat}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Angka kematian  $\geq 48$  jam adalah jumlah pasien yang meninggal setelah dirawat lebih dari sama dengan 48 jam yang dihitung dalam periode satu semester dibandingkan dengan jumlah pasien keluar (hidup/mati) pada semester yang sama.

Skor angka kematian  $\geq 48$  adalah sebagai berikut :

| Angka Kematian/Kebutaan $\geq 48$ Jam (%) (AKL) | Skor |
|-------------------------------------------------|------|
| $AKL < 25$                                      | 2    |
| $25 \leq AKL < 40$                              | 1,5  |
| $40 \leq AKL < 65$                              | 1    |
| $AKL \geq 65$                                   | 0    |

Jumlah pasien meninggal/buta  $\geq 48$  Jam = 0

Jumlah Pasien yang dirawat = 561





$$AKL = \frac{0}{561} \times 100\%$$

$$AKL = 0,00\%$$

Skor angka kematian  $\geq 48$  RSKO adalah 2

c. Angka Kematian Pasca Detoksifikasi

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah pasien detoksifikasi yang meninggal}}{\text{Jumlah pasien yang dilakukan tindakan detoksifikasi}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Angka Kematian Pasca Detoksifikasi dihitung berdasarkan angka kematian setelah dilakukan detoksifikasi dalam jangka waktu 2 jam termasuk kasus DOT (*Death on The Table*).

Skor angka kematian pasca detoksifikasi adalah sebagai berikut :

| Angka Kematian Pasca Detoksifikasi (%) (POD) | Skor |
|----------------------------------------------|------|
| POD < 2                                      | 2    |
| 2 ≤ POD < 5                                  | 1,5  |
| 5 ≤ POD < 10                                 | 1    |
| POD ≥ 10                                     | 0    |

Jumlah pasien detoksifikasi yang meninggal = 0

Jumlah Pasien detoksifikasi = 222

$$POD = \frac{0}{222} \times 100\%$$

$$POD = 0,00\%$$

Skor angka kematian pasca detoksifikasi RSKO adalah 2

d. Angka Infeksi Nosokomial

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah dirawat yang terkena infeksi nosokomial}}{\text{Jumlah pasien yang dirawat}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Angka indeks nosokomial dihitung berdasarkan angka kejadian infeksi dalam rumah sakit dari/atau cedera fisik yang didapat pasien meliputi :

- Dekubitus adalah kerusakan pada area permukaan tubuh tertentu karena gangguan aliran darah akibat tekanan dalam jangka waktu lama.
- Phlebitis adalah peradangan pada dinding pembuluh darah balik (vena) akibat pemasangan infra vena caterer.
- Infeksi saluran kemih adalah infeksi pada saluran kemih akibat pemasangan kateter.
- Infeksi luka operasi adalah infeksi yang terjadi pada daerah operasi bersih dalam kurun waktu satu bulan

Adapun khusus RSJ dan RSKO perhitungan angka infeksi nosokomial, disetarakan dan menggunakan perhitungan sebagai berikut :

a. Luka Fiksasi

Luka yang diakibatkan karena proses fiksasi pada pasien yang mengalami kondisi gaduh gelisah.

| Angka Infeksi Nosokomial – Luka Fiksasi (%) | Skor |
|---------------------------------------------|------|
| AIN < 1,5                                   | 1    |
| 1,5 ≤ AIN < 5                               | 0,75 |
| 5 ≤ AIN < 10                                | 0,5  |
| AIN ≥ 10                                    | 0,25 |

Jumlah Pasien Luka akibat fiksasi= 0

Jumlah Pasien dirawat= 561

$$AIN = \frac{0}{561} \times 100\%$$

$$AIN = 0,00\%$$



b. Determatomycosis

Infeksi yang diperoleh pada saat pasien tersebut dirawat di RSU / RSKO.

| Angka Infeksi Nosokomial – Determatomycosis (%) | Skor |
|-------------------------------------------------|------|
| AIN < 1.5                                       | 1    |
| 1,5 ≤ AIN < 5                                   | 0,75 |
| 5 ≤ AIN < 10                                    | 0,5  |
| AIN ≥ 10                                        | 0,25 |

Jumlah yang terkena infeksi Determatomycosis= 0

Jumlah Pasien dirawat= 561

$$\text{AIN} = \frac{0}{561} \times 100\%$$

$$\text{AIN} = 0,00\%$$

c. Scabies dan Pediculosis

Infeksi yang diperoleh pada saat pasien tersebut dirawat di RSU/RSKO.

| Angka Infeksi Nosokomial – Scabies dan Pediculosis (%) | Skor |
|--------------------------------------------------------|------|
| AIN < 1.5                                              | 1    |
| 1,5 ≤ AIN < 5                                          | 0,75 |
| 5 ≤ AIN < 10                                           | 0,5  |
| AIN ≥ 10                                               | 0,25 |

Jumlah yang terkena infeksi Scabies dan Pediculosis= 0

Jumlah Pasien dirawat= 561

$$\text{AIN} = \frac{0}{561} \times 100\%$$

$$\text{AIN} = 0,00\%$$

d. Jatuh Karena Postural Hipotensi

Kejadian pasien jatuh akibat postural hipotensi adalah pasien yang mengalami jatuh selama perawatan bukan karena sebab adanya factor kondisi fisik dari pasien saat dirawat atau faktor sarana dan prasarana yang tersedia namun terjatuh akibat efek samping postural hipertensi dari obat anti psikotik yang efeknya ini tidak dielakkan oleh petugas / dokter yang merawatnya.

| Angka Pasien Jatuh karena Postural Hipotensi (JPH) (%) | Skor |
|--------------------------------------------------------|------|
| JPH < 2                                                | 1    |
| 2 ≤ JPH < 5                                            | 0.75 |
| 5 ≤ JPH < 10                                           | 0.5  |
| JPH ≥ 10                                               | 0.25 |

Jumlah Pasien yang Jatuh Karena Postural Hipotensi= 0

Jumlah Pasien dirawat= 561

$$\text{AIN} = \frac{0}{561} \times 100\%$$

$$\text{AIN} = 0,00\%$$

Tabel perhitungan untuk angka Infeksi Nosokomial di RSKO adalah sebagai berikut:

| Angka Infeksi Nosokomial RSKO      |              | Skor     |
|------------------------------------|--------------|----------|
| a. Luka fiksasi                    | 0,00%        | 1        |
| b. Dermalomycosis                  | 0,00%        | 1        |
| c. Scabies dan Pediculosis         | 0,00%        | 1        |
| d. Jatuh karena Postural Hipotensi | 0,00%        | 1        |
| <b>Jumlah</b>                      | <b>0,00%</b> | <b>4</b> |

Maka skor angka infeksi nosokomial pada RSKO adalah 4

e. Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Ibu Meninggal dalam Proses Kehamilan, Persalinan dan Nifas}}{\text{Jumlah Ibu yang dilayani dalam Proses Kehamilan, Persalinan dan Nifas}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Angka kematian ibu di rumah sakit adalah jumlah kematian ibu terkait proses kehamilan, persalinan dan nifas yang dilayani di rumah sakit selama periode satu semester, dibandingkan dengan jumlah ibu yang dilayani dalam proses kehamilan, persalinan dan nifas dalam periode semester yang sama.

Skor jumlah kematian ibu di rumah sakit adalah sebagai berikut :

| Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit | Skor |
|-----------------------------------|------|
| AKI < 1                           | 2    |
| 1 ≤ AKI < 2                       | 1,5  |
| 2 ≤ AKI < 3                       | 1    |
| AKI ≥ 3                           | 0    |

Jumlah Ibu Meninggal dalam Proses Kehamilan, Persalinan dan Nifas= 0  
Jumlah Ibu yang Dilayani dalam Proses Kehamilan, Persalinan dan Nifas= 0

$$AKI = \frac{0}{0} \times 100\%$$

$$AKI = 0\%$$

Di RSKO tidak ada poli kandungan, sehingga skor jumlah kematian ibu di rumah sakit pada RSKO adalah 2

### 3. KEPEDULIAN KEPADA MASYARAKAT

- a. Pembinaan kepada pusat kesehatan masyarakat dan sarana kesehatan lain

Penjelasan :

Pembinaan kepada Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) dan sarana kesehatan lain merupakan program

pada rumah sakit untuk membina Puskesmas sarana kesehatan dan sarana pelayanan sosial dalam rangka :

- Menurunkan angka kematian kepada anak/bayi (program *MDG's goals* no. 4).
- Meningkatkan kesehatan ibu dalam (program *MDG's goals* no. 5).
- Menurunkan angka kesakitan masyarakat.
- Mencegah korban pasung.

Skor pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan lain sebagai berikut :

| Uraian Pembinaan kepada masyarakat dan sarana kesehatan lain | Skor |
|--------------------------------------------------------------|------|
| Tidak ada program                                            | 0,00 |
| Ada program tidak dilaksanakan                               | 0,20 |
| Ada program sebagian dilaksanakan                            | 0,50 |
| Ada program dilaksanakan                                     | 1,00 |

Kegiatan Pembinaan kepada puskesmas dan sarana kesehatan lain BLU RSKO adalah satelit metadon

Skor pembinaan kepada Puskesmas dan sarana kesehatan RSKO adalah 1

- b. Penyuluhan Kesehatan

Penjelasan :

Penyuluhan kesehatan meliputi kegiatan presentasi dan konseling tentang kesehatan, tata tertib dan peraturan-peraturan di rumah sakit baik kepada individu maupun kelompok masyarakat di rumah sakit.

Skor penyuluhan kesehatan adalah sebagai berikut :

| Uraian Pembinaan KPD Masyarakat dan Sarana | Skor |
|--------------------------------------------|------|
| Tidak ada program                          | 0,00 |
| Ada program tidak dilaksanakan             | 0,20 |
| Ada program sebagian dilaksanakan          | 0,50 |
| Ada program dilaksanakan                   | 1,00 |

Kegiatan penyuluhan kesehatan BLU RSKO adalah berupa penyuluhan pada pasien

Skor penyuluhan kesehatan RSKO adalah 1

- c. Rasio Tempat Tidur Kelas III (RTT)

Rumus :

$$\frac{\text{Jumlah Hari Perawatan Kelas III}}{\text{Jumlah Tempat Tidur Kelas III x Hari}} \times 100\%$$





Penjelasan :

Rasio tempat tidur kelas III adalah proporsi tempat tidur kelas III yang tersedia di rumah sakit dibandingkan dengan jumlah seluruh tempat tidur yang tersedia standar/sedikitnya proporsi tempat tidur kelas III adalah 25% atau sesuai kebutuhan rumah sakit dari jumlah tempat tidur yang tercatat.

Kelas III diperuntukkan bagi pasien umum, Jamkesmas, Jamkesda dan pasien tidak mampu lainnya atau yang dibayar oleh dana Corporate Social Responsibility (CSR).

Skor rasio tempat tidur kelas III kesehatan adalah sebagai berikut :

| Rasio Tempat Tidur Kelas III (%) (RTT) | Skor |
|----------------------------------------|------|
| RTT $\geq$ 30                          | 2    |
| 20 $\leq$ RTT < 30                     | 1,5  |
| 10 $\leq$ RTT < 20                     | 0,75 |
| RTT < 10                               | 0    |

Jumlah Hari Perawatan Kelas III 14.134

Jumlah Tempat Tidur Kelas III 71

Jumlah Hari kerja di instalasi rawat inap kelas III 182

$$RTT = \frac{14.134}{12.922} \times 100\%$$

$$RTT = 109,38\%$$

Skor rasio tempat tidur kelas III RSKO adalah 2

#### 4. KEPUASAN PELANGGAN

##### a. Penanganan pengaduan / komplain

Rumus :

$$\frac{\text{Pengaduan / Komplain tertulis yang telah ditindaklanjuti manajemen}}{\text{Jumlah seluruh pengaduan / komplain tertulis yang dilaporkan}} \times 100\%$$

Penjelasan :

Penanganan pengaduan/komplain adalah jumlah pengaduan/komplain tertulis yang dilaporkan ke unit pengelola pelayanan dan telah direspon/ditindaklanjuti oleh manajemen rumah sakit dalam periode satu semester dibandingkan dengan jumlah semua pengaduan/komplain tertulis yang dilaporkan pada seester yang sama.

Standar persentase penanganan pengaduan / komplain adalah  $\geq$  60%

Skor penanganan pengaduan / komplain adalah sebaa berikut :

| Penanganan Pengaduan / Komplain (%) (PPK) | Skor |
|-------------------------------------------|------|
| PPK $>$ 70                                | 1    |
| 60 < PPK $\leq$ 70                        | 0,75 |
| 50 < PPK $\leq$ 60                        | 0,50 |
| PPK $\leq$ 50                             | 0    |

Pengaduan / Komplain Tertulis yang telah Ditindaklanjuti Manajemen

15

Jumlah Seluruh Pengaduan / Komplain Tertulis yang Dilaporkan

15

$$PPK = \frac{15}{15} \times 100\%$$

$$PPK = 100\%$$

Skor penanganan pengaduan / komplain RSKO adalah 1

##### b. Kepuasan Pelanggan

Rumus :

$$\frac{\text{Hasil Penilaian IKM}}{\text{Skala Maksimal Nilai IKM}} \times \text{bobot}$$

Penjelasan :

Kepuasan pelanggan adalah angka yang diperoleh dari hasil survey kepuasan pelanggan dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam pendoman umum penyusunan indeks Kepuasan Masyarakat unit layanan instansi Pemerintah. Skor yang dihasilkan adalah sesuai dengan hasil perhitungan dalam rumus dengan maksimal skor = 1.



Hasil Penilaian IKM = 83,64

Skor KP =  $\frac{83,64}{100} \times 1$

Skor KP = 0,84

Skor kepuasan pelanggan RSKO adalah 0,84

## 5. KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN

### a. Kebersihan lingkungan (Program Rumah Sakit Berseri)

Penjelasan :

Kebersihan lingkungan meliputi aspek keamanan, kenyamanan, keindahan dan ramah lingkungan Program rumah sakit berseri adalah pengembangan green hospital di rumah sakit dengan peraturan yang berlaku.

Skor hasil pemeriksaan program rumah sakit berseri adalah sebagai berikut :

| Hasil Pelaksanaan Program Rumah Sakit Berseri | Skor |
|-----------------------------------------------|------|
| Nilai Total $\geq 7500$                       | 2    |
| $5000 \leq \text{Nilai Total} < 7500$         | 1    |
| Nilai Total $< 5000$                          | 0    |

Hasil Pelaksanaan Program Rumah Sakit Berseri BLU RSKO semester I adalah:

| No            | Variable                                    | Nilai        |
|---------------|---------------------------------------------|--------------|
| 1             | Kebersihan fisik halaman                    | 980          |
| 2             | Kebersihan fisik bangunan                   | 910          |
| 3             | Kebersihan fisik toilet dan kamar mandi     | 1.000        |
| 4             | Penanganan sampah                           | 1.000        |
| 5             | Ketersediaan air bersih                     | 1.000        |
| 6             | Hygiene dan sanitasi pangan                 | 1.000        |
| 7             | Pengolahan limbah cair                      | 950          |
| 8             | Penanganan serangga dan binatang pengganggu | 445          |
| 9             | Pelestarian Lingkungan                      | 500          |
| 10            | Gerakan kebersihan                          | 500          |
| 11            | Edukasi perilaku sehat                      | 800          |
| 12            | Penyelenggaraan                             | 450          |
| <b>Jumlah</b> |                                             | <b>9.535</b> |

Skor hasil pemeriksaan program rumah sakit berseri RSKO adalah 2

### b. Proper Lingkungan

Penjelasan :

Proper lingkungan adalah penilaian terhadap pelaksanaan program lingkungan hidup berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai lingkungan hidup (Kementerian Lingkungan Hidup).

Skor Proper Lingkungan adalah sebagai berikut :

| Hasil Pelaksanaan Program Proper Lingkungan pada BLU RSKO                                                                                        | Skor |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Hitam semua pengukuran tidak dilaksanakan                                                                                                        | 0,2  |
| Merah semua pengukuran dilaksanakan namun ada kelalaian                                                                                          | 0,4  |
| Biru semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas                                                         | 0,6  |
| Hijau semua pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas serta melaksanakan perbaikan lingkungan                                | 0,8  |
| Kuning semua pengukuran dilaksanakan dan hasil memenuhi nilai ambang batas serta melaksanakan perbaikan lingkungan dan pelatihan bagi masyarakat | 1    |

| No | Aspek                              | Peringkat                                                   | Keterangan                                                                                                                                                         |
|----|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Dokumen Lingkungan/Izin Lingkungan | Biru (masih ada parameter yang melebihi nilai ambang batas) | memenuhi nilai ambang batas                                                                                                                                        |
| 2  | Pengendalian Pencemaran Air        |                                                             | - pada bulan April, parameter zat padat tersuspensi, ammonia dan Total Coliform masih melebihi baku mutu<br>- pada bulan Mei, parameter ammonia melebihi baku mutu |
| 3  | Pengendalian Pencemaran Udara      |                                                             | memenuhi nilai ambang batas                                                                                                                                        |
| 4  | Pengelolaan Limbah Bahan           |                                                             | memenuhi nilai ambang batas                                                                                                                                        |
| 5  | Pengendalian Kerusakan Lingkungan  |                                                             | memenuhi nilai ambang batas                                                                                                                                        |

Nilai hasil proper lingkungan BLU RSKO adalah Biru semua pengukuran dilaksanakan namun hasil pengukuran ada yang melebihi ambang batas  
Skor Proper Lingkungan RSKO adalah 0,6

#### D. PERHITUNGAN KINERJA

- Perhitungan kinerja dilakukan dengan menjumlahkan hasil penilaian pada tiap indikator yang telah ditetapkan sebagai alat ukur penilaian yang mengacu pada Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-24/PB/2018 tentang penilaian kinerja bidang layanan kesehatan pada Rumah Sakit yang meliputi:
  - Aspek Keuangan yang terdiri dari:
    - Subaspek Rasio Keuangan
    - Subaspek Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU
  - Aspek Layanan
  - Aspek Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat
- Hasil aspek keuangan merupakan penjumlahan dari skor setiap indikator keuangan dan hasil aspek pelayanan merupakan penjumlahan dari skor setiap indikator pelayanan.
- Hasil penilaian kinerja Satker BLU mulai 0 s/d 100
- Hasil penilaian kinerja dikelompokkan dalam kategori:

BAIK yang terdiri dari :

|     |                              |
|-----|------------------------------|
| AAA | Apabila total Skor (TS) > 95 |
| AA  | Apabila 80 < TS ≤ 95         |
| A   | Apabila 68 < TS ≤ 80         |

SEDANG yang terdiri dari :

|     |                      |
|-----|----------------------|
| BBB | Apabila 56 < TS ≤ 68 |
| BB  | Apabila 45 < TS ≤ 56 |
| B   | Apabila 35 < TS ≤ 45 |

BURUK yang terdiri dari :

|    |                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CC | Apabila 15 < TS ≤ 35                                                                                        |
| C  | Apabila TS pada hasil penilaian aspek keuangan yang dicapai Satker BLU kurang dari 50% (lima puluh persen). |

#### E. HASIL PERHITUNGAN KINERJA RSKO PERIODE 1 JANUARI S.D 30 JUNI 2023

| No                         | Aspek                              | Skor         |
|----------------------------|------------------------------------|--------------|
| 1                          | Keuangan                           | 21,25        |
| 2                          | Layanan                            | 30,50        |
| 3                          | Mutu dan Manfaat Kepada Masyarakat | 33,44        |
| Total Skor Kinerja         |                                    | <b>85,19</b> |
| Kategori Penilaian Kinerja |                                    | <b>AA</b>    |

### 5.3. Pencapaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama

**Tabel 5.5**  
**Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama**

| Kategori                    | NO | JUDUL INDIKATOR                                                                                                      | STANDAR                                        | BOBOT | JUNI                                                              |              |         |
|-----------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------|--------------|---------|
|                             |    |                                                                                                                      |                                                |       | HAPER                                                             | SKOR         | TOTAL   |
| 1                           | 2  | 3                                                                                                                    | 4                                              | 5     | 6                                                                 | 7            | 8=(5x7) |
| <b>PELAYANAN MEDIS</b>      |    |                                                                                                                      |                                                |       |                                                                   |              |         |
| Kepatuhan terhadap standart | 1  | Kepatuhan terhadap Clinical Pathway (CP)                                                                             | 80%                                            | 0,05  | 47,06%                                                            | 50           | 2,5     |
|                             | 2  | Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional                                                                            | ≥ 80%                                          | 0,05  | 99,75%                                                            | 100          | 5       |
|                             | 3  | Prosentase Kejadian pasien jatuh                                                                                     | < 3%                                           | 0,05  | 0%                                                                | 100          | 5       |
|                             | 4  | Cedera/trauma fisik akibat fiksasi (CAF) di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (Psychiatric Intensive Care Unit)/UPIP | ≤ 1,5 %                                        | 0,05  | 0%                                                                | 100          | 5       |
|                             | 5  | Penerapan keselamatan Electro Convulsive Teraphy (ECT)                                                               | 100%                                           | 0,07  | Ada SOP Sesuai Indikasi Dilaksanakan oleh tenaga kompeten         | 100          | 7       |
| Pengendalian infeksi di RS  | 6  | Infeksi aliran darah perifer (phlebitis)                                                                             | ≤ 2 %                                          | 0,05  | 0%                                                                | 100          | 5       |
|                             | 7  | Cuci Tangan ( Hand Hygiene)                                                                                          | Ada kebijakan, ada SOP dilaksanakan sesuai SOP | 0,04  | Ada kebijakan, ada SOP dan dilaksanakan sesuai SOP dan dievaluasi | 100          | 4       |
| Capaian Indikator Medik     | 8  | Tidak adanya Kejadian pasien yang difiksasi dalam 24 jam dalam unit pelayanan intensif psikiatri (UPIP)              | ≥ 95%                                          | 0,07  | 100%                                                              | 100          | 7       |
|                             | 9  | Tidak adanya kejadian pasien bunuh diri di rawat inap psikiatri                                                      | ≥ 90%                                          | 0,07  | 100%                                                              | 100          | 7       |
| Akreditasi                  | 10 | Ketepatan Identifikasi Pasien                                                                                        | 100%                                           | 0,08  | 100,00%                                                           | 100          | 8       |
| Kepuasan Pelanggan          | 11 | Kecepatan Respon Terhadap Komplain (KRK)                                                                             | > 75%                                          | 0,08  | 100%                                                              | 100          | 8       |
| Ketepatan waktu pelayanan   | 12 | Emergency Psychiatric Response Time (EPRT)                                                                           | ≤ 240 Menit                                    | 0,02  | 1,16 Menit                                                        | 100          | 2       |
|                             | 13 | Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ)                                                                                      | ≤ 60 Menit                                     | 0,05  | 35,3 Menit                                                        | 100          | 5       |
|                             | 14 | Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)                                                                              | ≤ 3 Jam                                        | 0,05  | 1,62 Jam                                                          | 100          | 5       |
|                             | 15 | Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium (WTPL)                                                                           | ≤ 2 Jam                                        | 0,05  | 1,42 Jam                                                          | 100          | 5       |
|                             | 16 | Waktu Tunggu Pelayanan Resep Obat Jadi (WTOJ)                                                                        | ≤ 30 Menit                                     | 0,05  | 3,5 Menit                                                         | 100          | 5       |
|                             | 17 | Pengembalian Rekam Medik Lengkap dalam waktu 24 jam (PRM)                                                            | > 80%                                          | 0,02  | 84,55%                                                            | 100          | 2       |
| <b>PELAYANAN KEUANGAN</b>   |    |                                                                                                                      |                                                |       |                                                                   |              |         |
| Keuangan                    | 18 | Rasio Pendapatan PNBK terhadap Biaya Operasional (PB)                                                                | 45%                                            | 0,1   | 36,70%                                                            | 80           | 8       |
| <b>JUMLAH TS</b>            |    |                                                                                                                      |                                                |       |                                                                   | <b>95,50</b> |         |
| <b>NILAI IKI</b>            |    |                                                                                                                      |                                                |       |                                                                   | <b>2,000</b> |         |

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa pencapaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Direktur Utama berdasarkan surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Nomor HK.02.02//1828/2019 sudah tercapai dengan nilai IKI 2.

#### 5.4. Pencapaian Indikator Terpilih (IKT) / Perjanjian Kinerja antara Direktur Utama dengan Dirjen Perbendaharaan

**Tabel 5.6**  
**Penilaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT)**  
**Triwulan I dan II Tahun 2023**

| NO                               | INDIKATOR                                                                 | TIPE INDIKATOR | SATUAN | STANDAR (S) |       | TARGET (T) |       | REALISASI (R) |       | Total Capaian Kinerja Tiap Indikator (Cn) |               | % PENINGKATAN/ PENURUNAN | ANGKA PENINGKATAN/ PENURUNAN |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------|--------|-------------|-------|------------|-------|---------------|-------|-------------------------------------------|---------------|--------------------------|------------------------------|
|                                  |                                                                           |                |        | TW I        | TW II | TW I       | TW II | TW I          | TW II | TW I                                      | TW II         |                          |                              |
| 1                                | Ketersediaan Fasilitas Layanan                                            | Max            | %      | N/A         | 75    | N/A        | 82,5  | N/A           | 64,5  | N/A                                       | 90,91         | N/A                      | N/A                          |
| 2                                | Ketepatan Waktu Layanan                                                   | Max            | %      | 60          | 70    | 80         | 81    | 92,99         | 89,58 | 120,00                                    | 112,64        | (6,13)                   | (7,36)                       |
| 3                                | Waktu Tunggu Pasien Masuk Ruang MPE (Medis Psikiatri Evaluation) < 6 jam  | Max            | %      | 80          | 80    | 80         | 82    | 100           | 94,75 | 115,00                                    | 110,33        | (4,06)                   | (4,67)                       |
| 4                                | Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional                      | Max            | %      | N/A         | N/A   | N/A        | N/A   | N/A           | N/A   | N/A                                       | N/A           | N/A                      | N/A                          |
| 5                                | Layanan Unggulan Bertaraf Internasional                                   | Max            | %      | N/A         | N/A   | N/A        | N/A   | N/A           | N/A   | N/A                                       | N/A           | N/A                      | N/A                          |
| 6                                | Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan                      | Max            | Nilai  | N/A         | 60    | N/A        | 80    | N/A           | 83,64 | N/A                                       | 116,06        | N/A                      | N/A                          |
| 7                                | Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup               | Max            | %      | 50          | 60    | 40         | 50    | N/A           | N/A   | N/A                                       | N/A           | N/A                      | N/A                          |
| 8                                | Rasio PNBK Terhadap Beban Operasional (PB)                                | Max            | %      | 45          | 45    | 37         | 36    | 62,22         | 36,44 | 120,00                                    | 92,73         | (22,73)                  | (27,27)                      |
| 9                                | Modernisasi Pengelolaan Keuangan BLU                                      | Max            | %      | 100         | 100   | 100        | 100   | 73,2          | 73,2  | 83,92                                     | 83,92         | 0,00                     | 0,00                         |
| 10                               | Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pemanfaatan Aset Badan Layanan Umum | Max            | %      | N/A         | 10    | N/A        | 10    | N/A           | 11,2  | N/A                                       | 107,20        | N/A                      | N/A                          |
| <b>Total Capaian Kinerja (C)</b> |                                                                           |                |        |             |       |            |       |               |       | <b>109,73</b>                             | <b>101,97</b> | (7,07)                   | (7,76)                       |
| <b>Nilai (%)</b>                 |                                                                           |                |        |             |       |            |       |               |       | <b>50%</b>                                | <b>90%</b>    | 80,00                    | 0,40                         |
| <b>IKT disetujui</b>             |                                                                           |                |        |             |       |            |       |               |       | <b>2,00</b>                               | <b>1,20</b>   | (40,00)                  | (0,80)                       |

Dari tabel di atas diperoleh total nilai capaian Indikator Kinerja Terpilih (IKT) yang merupakan pencapaian perjanjian kinerja antara Direktur Utama RSKO dengan Dirjen Perbendaharaan periode triwulan II Tahun 2023 menurun sebesar 7,07% dari capaian triwulan I tahun 2023 atau dari nilai sebesar 109,73 pada triwulan I menurun menjadi sebesar 101,97 pada triwulan II tahun 2023 dengan perincian sebagai berikut:

1) Ketersediaan Fasilitas Layanan

- Target untuk indikator Ketersediaan Fasilitas Layanan adalah semesteran.
- Indikator ini terdiri dari 2 komponen penilaian yaitu pemenuhan SPA rumah sakit (realisasi = 97%) dan ketersediaan fasilitas ruang parikir sesuai standar (realisasi = 32%).
- Realisasi pada triwulan II tahun 2023 adalah masih sebesar 64,5% dari nilai standar 75% dan nilai target 82,5%, hal ini disebabkan karena salah satu komponen penghitungan masih rendah yaitu ketersediaan fasilitas ruang parikir sesuai standar masih rendah.

2) Ketepatan Waktu Layanan



- Indikator ini terdiri dari 3 komponen penilaian yaitu Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang ; Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik ; Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap
  - Realisasi pada triwulan I tahun 2023 adalah sebesar 92,99% dari nilai standar 60% dan nilai target 80%.
  - Realisasi pada triwulan II tahun 2023 adalah sebesar 89,58% dari nilai standar 70% dan nilai target 81%.
- 3) Waktu Tunggu Pasien Masuk Ruang MPE (Medis Psikiatri Evaluation) < 6 jam
- Realisasi pada triwulan I tahun 2023 adalah sebesar 100% dari nilai standar 80% dan nilai target 80%.
  - Realisasi pada triwulan II tahun 2023 adalah sebesar 97,64% dari nilai standar 80% dan nilai target 82%.
- Terjadi penurunan realisasi pada triwulan II tahun 2023 tetapi masih di atas standard dan target yang diharapkan, ini menunjukkan bahwa Waktu Tunggu Pasien Masuk Ruang MPE (Medis Psikiatri Evaluation) < 6 jam sudah sesuai yang diharapkan.
- 4) Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional
- Target untuk indikator Publikasi Penelitian Nasional dan/atau Internasional adalah tahunan.
- 5) Layanan Unggulan Bertaraf Internasional
- Target untuk indikator Layanan Unggulan Bertaraf Internasional adalah tahunan.
- 6) Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan
- Target untuk indikator Ketersediaan Fasilitas Layanan adalah semesteran.
  - Realisasi pada triwulan II tahun 2023 adalah sebesar 83,64% dari nilai standar 60% dan nilai target 80%.
- 7) Pasien Adiksi NAPZA yang mengalami Perbaikan Kualitas Hidup
- Untuk indikator ini, sampai akhir triwulan II tahun 2023 belum bisa dilakukan perhitungan karena belum dilakukan pelatihan untuk pengisian tools WHO QoL
- 8) Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB)
- Realisasi pada triwulan I tahun 2023 adalah 62,22% dari standar 45% dan nilai target 37%, ini artinya Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB) sudah sesuai yang diharapkan.
  - Realisasi pada triwulan II tahun 2023 adalah 36,44% dari standar 45% dan nilai target 36%, ini artinya Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB) sudah sesuai yang diharapkan.
- Terjadi penurunan realisasi pada triwulan II tahun 2023 tetapi masih di atas target walaupun masih di bawah standard yang diharapkan, ini menunjukkan bahwa Rasio PNBP Terhadap Beban Operasional (PB) sudah sesuai yang diharapkan.



- 9) Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS)
  - Realisasi pada triwulan I tahun 2023 adalah 73,2% dari standar 100% dan nilai target 100%, ini artinya pelaksanaan Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS) masih belum mencapai sesuai yang diharapkan.
  - Realisasi pada triwulan II tahun 2023 adalah 118% dari standar 100% dan nilai target 100%, ini artinya pelaksanaan Modernisasi Pengelolaan BLU (Penerapan Aplikasi BLU Integrated Online System/BIOS) masih belum mencapai sesuai yang diharapkan.
- 10) Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset Badan Layanan Umum
  - Target untuk indikator Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset Badan Layanan Umum adalah semesteran.
  - Realisasi pada triwulan II tahun 2023 adalah 11,2% dari standar 10% dan nilai target 10%, ini artinya Pertumbuhan Realisasi Pendapatan dari Pengelolaan Aset Badan Layanan Umum sudah sesuai yang diharapkan.

Total Capaian Indikator Kinerja Terpilih pada triwulan I tahun 2023 sebesar 109,73 kemudian dikonversi menjadi nilai capaian IKT Direktur Utama yang disetujui oleh Direktur Jenderal Perbendaharaan sesuai formula dalam lampiran Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER- 5 /PB/2017 yaitu  $X - (25\% * (X - 1))$ . Yang mana X = Indeks Remunerasi Pemimpin BLU yaitu bilangan bulat hasil bagi antara nilai insentif maksimal Pemimpin BLU sebesar Rp.42.560.000 dengan Nilai Insentif Capaian KPI 100% Pemimpin BLU sebesar Rp.14.187.000 (nilai maksimal dan nilai insentif capaian KPI 100% mengacu pada KMK Remunerasi No 334/KMK.05/2020). Sehingga setelah total capaian IKT dikonversi, diperoleh nilai IKT Direktur Utama RSKO TW I 2022 sebesar **2,00**.

Total Capaian Indikator Kinerja Terpilih pada triwulan II tahun 2023 sebesar 101,97 kemudian dikonversi menjadi nilai capaian IKT Direktur Utama yang disetujui oleh Direktur Jenderal Perbendaharaan sesuai formula dalam lampiran Perdirjen Perbendaharaan Nomor PER- 5 /PB/2017 yaitu  $X - (65\% * (X - 1))$ . Yang mana X = Indeks Remunerasi Pemimpin BLU yaitu bilangan bulat hasil bagi antara nilai insentif maksimal Pemimpin BLU sebesar Rp.42.560.000 dengan Nilai Insentif Capaian KPI 100% Pemimpin BLU sebesar Rp.14.187.000 (nilai maksimal dan nilai insentif capaian KPI 100% mengacu pada KMK Remunerasi No 334/KMK.05/2020). Sehingga setelah total capaian IKT dikonversi, diperoleh nilai IKT Direktur Utama RSKO TW II 2022 sebesar **1,20**.

### 5.5. Pencapaian Indikator Standar Pelayanan Minimal (SPM)

**Tabel 5.7**  
**Penilaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR                                                                                  | SATUAN | STANDAR                  | SEMESTER I 2023 | SEMESTER I 2022 | KET |
|----|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------|-----------------|-----------------|-----|
| 1. | Gawat Darurat   | 1. Kemampuan menangani life saving anak dan dewasa                                         | %      | 100                      | 100             | 100             |     |
|    |                 | 2. Jam buka Pelayanan Gawat Darurat                                                        | Jam    | 24                       | 24              | 24              |     |
|    |                 | 3. Pemberi pelayanan gawat darurat yang bersertifikat yang masih berlaku BLS/PPGD/GELS/ALS | %      | 100                      | 100             | 100             |     |
|    |                 | 4. Ketersediaan tim penanggulangan bencana                                                 | Tim    | 1                        | 1               | 1               |     |
|    |                 | 5. Waktu tanggap pelayanan Dokter di Gawat Darurat                                         | Menit  | ≤ 5                      | 1,06            | 1,03            |     |
|    |                 | 6. Kepuasan Pelanggan                                                                      | %      | ≥ 70                     | 83,64           | 81,72           |     |
|    |                 | 7. Kematian pasien < 24 Jam                                                                | ‰      | ≤ 2                      | 0               | 0               |     |
|    |                 | 8. Khusus untuk RS Jiwa pasien dapat ditenangkan dalam waktu ≤ 48 Jam                      | %      | 100                      | 100             | 100             |     |
|    |                 | 9. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka                                  | %      | 100                      | 100             | 100             |     |
| 2. | Rawat Jalan     | 1. Dokter pemberi Pelayanan di Poliklinik Spesialis                                        | %      | 100 % Dokter Spesialis   | 100             | 100             |     |
|    |                 | 2. Ketersediaan Pelayanan                                                                  |        | a. Klinik Anak           | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                                            |        | b. Klinik Penyakit Dalam | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                                            |        | c. Klinik Kebidanan      | tidak ada       | tidak ada       |     |
|    |                 |                                                                                            |        | d. Klinik Bedah          | tidak ada       | tidak ada       |     |
|    |                 | 3. Ketersediaan Pelayanan di RS Jiwa                                                       |        | a. Anak Remaja           | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                                            |        | b. NAPZA                 | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                                            |        | c. Gangguan Psikotik     | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                                            |        | d. Gangguan Neurotik     | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                                            |        | e. Mental Retardasi      | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                                            |        | f. Mental Organik        | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                                            |        | g. Usia Lanjut           | ada             | ada             |     |
|    |                 | 4. Jam buka pelayanan                                                                      |        | 08.00 - 13.00            | 08.00 - 13.00   | 08.00 - 13.00   |     |
|    |                 | 5. Waktu tunggu di rawat jalan                                                             | Menit  | ≤ 60                     | 31,38           | 21,08           |     |
|    |                 | 6. Kepuasan Pelanggan                                                                      | %      | ≥ 90                     | 83,64           | 81,72           |     |
|    |                 | 7.a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikrosopi TB                               | %      | ≥ 60                     | 100             | 100             |     |
|    |                 | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                                | %      | ≥ 60                     | 100             | 100             |     |



**Tabel 5.7 (lanjutan)**  
**Penilaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

| NO | JENIS PELAYANAN | INDIKATOR                                                                  | SATUAN | STANDAR                                                                 | SEMESTER I 2023 | SEMESTER I 2022 | KET |
|----|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----|
| 3  | Rawat Inap      | 1. Pemberi pelayanan di Rawat Inap                                         |        | a. Dr. Spesialis                                                        | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                            |        | b. Perawat min. D3                                                      | ada             | ada             |     |
|    |                 | 2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap                               | %      | 100                                                                     | 100             | 100             |     |
|    |                 | 3. Ketersediaan Pelayanan Rawat Inap                                       |        | a. Anak                                                                 | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                            |        | b. Penyakit Dalam                                                       | ada             | ada             |     |
|    |                 |                                                                            |        | c. Kebidanan                                                            | tidak ada       | tidak ada       |     |
|    |                 |                                                                            |        | d. Bedah                                                                | tidak ada       | tidak ada       |     |
|    |                 | 4. Jam Visite Dokter Spesialis                                             |        | 08.00 - 14.00                                                           | 08.00 - 12.00   | 08.00 - 14.00   |     |
|    |                 | 5. Kejadian infeksi pasca operasi                                          | %      | ≤ 1,5                                                                   | NA              | NA              |     |
|    |                 | 6. Kejadian Infeksi Nosokomial                                             | %      | ≤ 1,5                                                                   | 0               | 0               |     |
|    |                 | 7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan / kematian  | %      | 100                                                                     | 99,59           | 100             |     |
|    |                 | 8. Kematian pasien > 48 jam                                                | %      | ≤ 0,24                                                                  | 0               | 0               |     |
|    |                 | 9. Kejadian pulang paksa                                                   | %      | ≤ 5                                                                     | 1,02            | 1,38            |     |
|    |                 | 10. Kepuasan pelanggan                                                     | %      | ≥ 90                                                                    | 83,64           | 81,72           |     |
|    |                 | 11. Rawat Inap TB                                                          |        |                                                                         |                 |                 |     |
|    |                 | a. Penegakan diagnosis TB melalui pemeriksaan mikroskopis TB               | %      | ≥ 60                                                                    | 100             | 100             |     |
|    |                 | b. Terlaksananya kegiatan pencatatan dan pelaporan TB di RS                | %      | ≥ 60                                                                    | 100             | 100             |     |
|    |                 | 12. Ketersediaan pelayanan rawat inap di RS yang memberikan pelayanan jiwa |        | NAPZA, Gangguan Psikotik, Gangguan Neurotik dan Gangguan Mental Organik | ada             | ada             |     |
|    |                 | 13. Tidak adanya kejadian kematian pasien gangguan jiwa karena bunuh diri  | %      | 100                                                                     | 100             | 100             |     |
|    |                 | 14. kejadian re-admission pasien gangguan jiwa dalam waktu ≤ 1 bulan       | %      | 100                                                                     | 100             | 100             |     |
|    |                 | 15. Lama hari perawatan pasien gangguan jiwa                               | Minggu | ≤ 6                                                                     | 2               | 2               |     |

**Tabel 5.7 (lanjutan)**  
**Penilaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

| NO | JENIS PELAYANAN                            | INDIKATOR                                                                                                 | SATUAN | STANDAR                                                              | SEMESTER I 2023 | SEMESTER I 2022 | KET                                                                    |
|----|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Bedah Sentral (Bedah saja)                 | 1. Waktu tunggu operasi elektif                                                                           |        |                                                                      |                 |                 | RSKO tidak memiliki layanan Bedah Sentral                              |
|    |                                            | 2. Kejadian Kematian di meja operasi                                                                      |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 3. Tidak adanya kejadian operasi salah sisi                                                               |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 4. Tidak adanya kejadian operasi salah orang                                                              |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 5. Tidak adanya kejadian salah tindakan pada operasi                                                      |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 6. Tidak adanya kejadian tertinggalnya benda asing/lain pada tubuh pasien setelah operasi                 |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 7. Komplikasi anestesi karena overdosis, reaksi anestesi, dan salah penempatan anestesi endotracheal tube |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
| 5. | Kebidanan, Persalinan, perinatologi dan KB | 1. Kejadian kematian ibu karena persalinan                                                                |        |                                                                      |                 |                 | RSKO tidak memiliki layanan Kebidanan, Persalinan, Perinatologi dan KB |
|    |                                            | 2. Pemberi pelayanan persalinan normal                                                                    |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 3. Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit                                                           |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 4. Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi                                                   |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 5. Kemampuan menangani BBLR 1500 gr – 2500 gr                                                             |        |                                                                      |                 |                 | RSKO tidak memiliki layanan Kebidanan, Persalinan, Perinatologi dan KB |
|    |                                            | 6. Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria                                                          |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 7. Keluarga Berencana                                                                                     |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            | 8. Kepuasan Pelanggan                                                                                     |        |                                                                      |                 |                 |                                                                        |
| 6. | Intensif                                   | 1. Rata rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama < 72 jam                    | %      | ≤ 3                                                                  |                 |                 | RSKO tidak memiliki layanan Intensif                                   |
|    |                                            | 2. Pemberi pelayanan Unit Intensif                                                                        |        | a. Dr. Sp.Anestesi dan Dr.Spesialis sesuai kasus yang ditangani      |                 |                 |                                                                        |
|    |                                            |                                                                                                           |        | b. 100% Perawat minimal D3 dengan sertifikat mahir ICU / setara (D4) |                 |                 |                                                                        |

**Tabel 5.7 (lanjutan)**  
**Penilaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

| NO  | JENIS PELAYANAN      | INDIKATOR                                                                            | SATUAN | STANDAR            | SEMESTER I 2023 | SEMESTER I 2022 | KET                                         |
|-----|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|-----------------|-----------------|---------------------------------------------|
| 7.  | Radiologi            | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto                                          | Jam    | ≤ 3                | 1 Jam 24 Menit  | 1 jam 37 menit  |                                             |
|     |                      | 2. Pelaksana ekspertisi                                                              |        | Dokter Sp.Rad      | Dokter Sp.Rad   | Dokter Sp.Rad   |                                             |
|     |                      | 3. Kejadian kegagalan pelayanan Rontgen                                              | %      | kerusakan foto ≤ 2 | 0               | 0,20            |                                             |
|     |                      | 4. Kepuasan pelanggan                                                                | %      | ≥ 80               | 83,64           | 81,72           |                                             |
| 8.  | Lab. Patologi Klinik | 1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium.                                        | Menit  | ≤ 140              | 67              | 181             |                                             |
|     |                      | 2. Pelaksana ekspertisi                                                              |        | Dokter Sp.PK       | Sp.PK           | Sp.PK           |                                             |
|     |                      | 3. Tidak adanya kesalahan pemberian hasil pemeriksaan laboratorium                   | %      | 100                | 100             | 100             |                                             |
|     |                      | 4. Kepuasan pelanggan                                                                | %      | ≥ 80               | 83,64           | 81,72           |                                             |
| 9.  | Rehabilitasi Medik   | 1. Kejadian Drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi Medik yang di rencanakan | %      | ≤ 50               | 1,82            | 4,8             |                                             |
|     |                      | 2. Tidak adanya kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik                       | %      | 100                | 100             | 100             |                                             |
|     |                      | 3. Kepuasan Pelanggan                                                                | %      | ≥ 80               | 83,64           | 81,72           |                                             |
| 10. | Farmasi              | 1. a. Waktu tunggu pelayanan Obat Jadi                                               | Menit  | ≤ 30               | 4,42            | 4,35            |                                             |
|     |                      | b. Waktu tunggu pelayanan Obat Racikan                                               | Menit  | ≤ 60               | 16,5            | 18,18           |                                             |
|     |                      | 2. Tidak adanya Kejadian kesalahan pemberian obat                                    | %      | 100                | 99,91           | 99,98           |                                             |
|     |                      | 3. Kepuasan pelanggan                                                                | %      | ≥ 80               | 83,64           | 81,72           |                                             |
|     |                      | 4. Penulisan resep sesuai formularium                                                | %      | 100                | 99,75           | 99,5            |                                             |
| 11  | Gizi                 | 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien                                   | %      | ≥ 90               | 100             | 99,18           |                                             |
|     |                      | 2. Sisa makanan yang tidak termakan oleh pasien                                      | %      | ≤ 20               | 16,28           | 15,95           |                                             |
|     |                      | 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet                                    | %      | 100                | 99,84           | 100             |                                             |
| 12  | Transfusi Darah      | 1. Kebutuhan darah bagi setiap pelayanan transfuse                                   |        |                    |                 |                 | RSKO tidak memiliki layanan transfusi darah |
|     |                      | 2. Kejadian Reaksi transfuse                                                         |        |                    |                 |                 |                                             |
|     |                      | 3. Jumlah Transfusi                                                                  |        |                    |                 |                 |                                             |

**Tabel 5.7 (lanjutan)**  
**Penilaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

| NO | JENIS PELAYANAN            | INDIKATOR                                                                    | SATUAN      | STANDAR | SEMESTER I 2023 | SEMESTER I 2022 | KET |
|----|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------|-----------------|-----------------|-----|
| 13 | Pelayanan GAKIN            | Pelayanan terhadap pasien GAKIN yang datang ke RS pada setiap unit pelayanan | % terlayani | 100     | 100             | 100             |     |
| 14 | Rekam Medik                | 1. Kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan        | %           | 100     | 84,55           | 83,22           |     |
|    |                            | 2. Kelengkapan Informed Consent setelah mendapatkan informasi yang jelas     | %           | 100     | 96,03           | 84,7            |     |
|    |                            | 3. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat jalan                | Menit       | ≤10     | 7               | 7               |     |
|    |                            | 4. Waktu penyediaan dokumen rekam medik pelayanan rawat inap                 | Menit       | ≤15     | 11              | 11              |     |
| 15 | Pengelolaan Limbah         | 1. Baku mutu limbah cair                                                     |             |         |                 |                 |     |
|    |                            | a. BOD                                                                       | mg/l        | <30     | 16              | 8,42            |     |
|    |                            | b. COD                                                                       | mg/l        | <80     | 54              | 31,7            |     |
|    |                            | c. TSS                                                                       | mg/l        | <30     | 3               | 6               |     |
|    |                            | e. Ph                                                                        |             | 6 s.d 9 | 7,65            | 7,5             |     |
|    |                            | 2. Pengelolaan limbah padat infeksius sesuai dengan aturan                   | %           | 100     | 100             | 100             |     |
| 16 | Administrasi dan manajemen | 1. Tindak lanjut penyelesaian hasil pertemuan direksi                        | %           | 100     | 100             | 100             |     |
|    |                            | 2. Kelengkapan laporan akuntabilitas kinerja                                 | %           | 100     | 100             | 100             |     |
|    |                            | 3. Ketepatan waktu pengusulan kenaikan pangkat                               | %           | 100     | 100             | 100             |     |
|    |                            | 4. Ketepatan Waktu pengurusan gaji berkala                                   | %           | 100     | 100             | 100             |     |
|    |                            | 5. Karyawan yang mendapat pelatihan minimal 20 jam setahun                   | %           | ≥ 60    | 15,72%          | 34,03%          |     |
|    |                            | 6. Cost recovery                                                             | %           | ≥ 40    | 37%             | 33,90%          |     |
|    |                            | 7. Ketepatan waktu penyusunan laporan keuangan                               | %           | 100     | 100             | 100             |     |
|    |                            | 8. Kecepatan waktu pemberian informasi tentang tagihan pasien rawat inap     | Jam         | ≤2      | 1,05            | 1,05            |     |
|    |                            | 9. Ketepatan waktu pemberian imbalan (insentif) sesuai kesepakatan waktu     | %           | 100     | 100             | 100             |     |

**Tabel 5.7 (lanjutan)**  
**Penilaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)**

| NO | JENIS PELAYANAN                           | INDIKATOR                                                                                                                         | SATUAN | STANDAR | SEMESTER I 2023 | SEMESTER I 2022 | KET |
|----|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|-----------------|-----------------|-----|
| 17 | Ambulance/ Kereta Jenazah                 | 1. Waktu pelayanan ambulance/Kereta jenazah                                                                                       | Jam    | 24      | 24              | 24              |     |
|    |                                           | 2. Kecepatan memberikan pelayanan ambulance/Kereta jenazah di rumah sakit                                                         | Menit  | ≤230    | 19,5            | 19,75           |     |
|    |                                           | 3. Response time pelayanan ambulance oleh masyarakat yang membutuhkan                                                             | Jam    | < 2     | 0,33            | 0,3             |     |
| 18 | Pemulasaraan Jenazah                      | Waktu tanggap (response time) pelayanan pemulasaraan jenazah                                                                      | Jam    | ≤2      | 0,33            | 0,4             |     |
|    |                                           |                                                                                                                                   |        |         |                 |                 |     |
| 19 | Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit | 1. Kecepatan waktu menanggapi kerusakan alat                                                                                      | %      | ≥80     | 85              | 84              |     |
|    |                                           | 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat                                                                                              | %      | 100     | 96              | 95              |     |
|    |                                           | 3. Peralatan laboratorium dan alat ukur yang digunakan dalam pelayanan terkalibrasi tepat waktu sesuai dengan ketentuan kalibrasi | %      | 100     | 100             | 100             |     |
|    |                                           |                                                                                                                                   |        |         |                 |                 |     |
| 20 | Pelayanan Laundry                         | 1. Tidak adanya kejadian linen yang hilang                                                                                        | %      | 100     | 100             | 100             |     |
|    |                                           | 2. Ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap                                                                        | %      | 100     | 100             | 100             |     |
|    |                                           |                                                                                                                                   |        |         |                 |                 |     |
| 21 | Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) | 1. Ada anggota Tim PPI yang terlatih                                                                                              | %      | 75      | 80              | 80              |     |
|    |                                           | 2. Tersedia APD di setiap instalasi/ departemen                                                                                   | %      | 60      | 99              | 89              |     |
|    |                                           | 3. Kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial / HAI (Health Care Associated Infection) di RS (min 1 parameter)          | %      | 75      | 100             | 100             |     |

## **5.6. Pencapaian Kinerja Direktorat Medik dan Keperawatan**

Direktorat Medik dan Keperawatan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis sesuai kekhususan pelayanan kesehatan, keperawatan, dan nonmedis. Serta menyelenggarakan fungsi : a. pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat sesuai kekhususan pelayanan kesehatan; b. pengelolaan pelayanan keperawatan dan/atau kebidanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat; c. pengelolaan pelayanan nonmedis; d. pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien; dan e. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat

### **5.6.1. Pencapaian Kinerja Instalasi Rawat Jalan**

Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta saat ini melaksanakan kegiatan bisnis yang berhubungan dengan pelayanan medis dan penunjang medis baik yang berhubungan dengan penyalahgunaan Napza maupun pelayanan kesehatan umum dan spesialis, diantaranya Pelayanan Rawat Jalan yang terdiri dari:

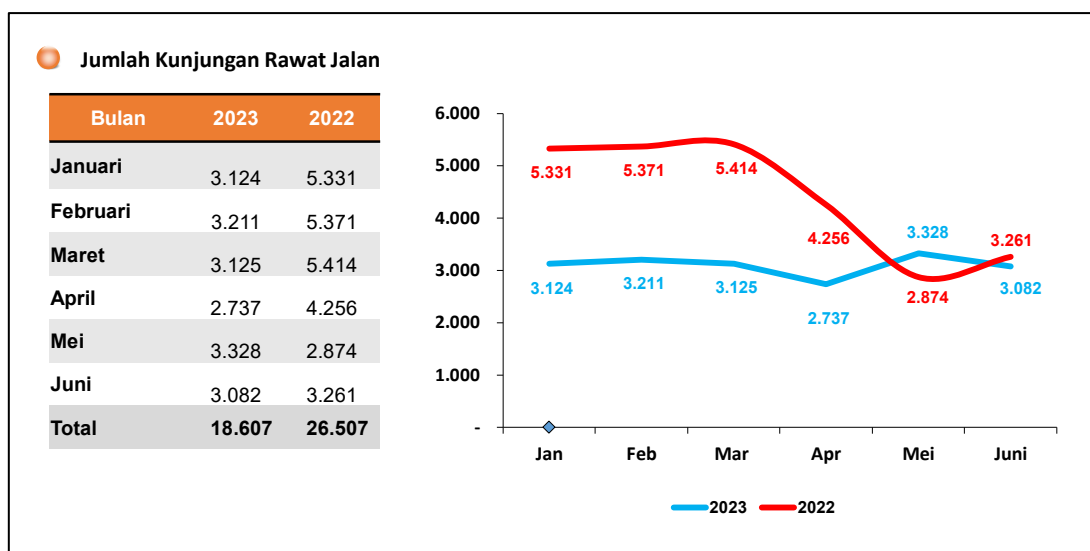
- 1) Klinik Napza :
  - a) Non Rumatan adalah Pelayanan terhadap pasien Napza yang datang sewaktu-waktu atau terjadwal untuk melakukan konsultasi dan pengobatan.
  - b) Rumatan adalah Pelayanan terhadap pasien Napza yang tiap hari ke RSKO untuk minum obat substitusi/pengganti.
- 2) Klinik Spesialis
  - a) Klinik Penyakit Jiwa;
  - b) Klinik Penyakit Saraf;
  - c) Klinik Penyakit Dalam;
  - d) Klinik Penyakit Paru;
  - e) Klinik Anak;
  - f) Klinik Fisioterapi;
- 3) Klinik Umum
- 4) Klinik Gigi
- 5) Klinik Psikologi

Berikut adalah capaian kinerja instalasi rawat jalan RS Ketergantungan Obat Jakarta periode Januari sampai dengan Juni tahun 2023:

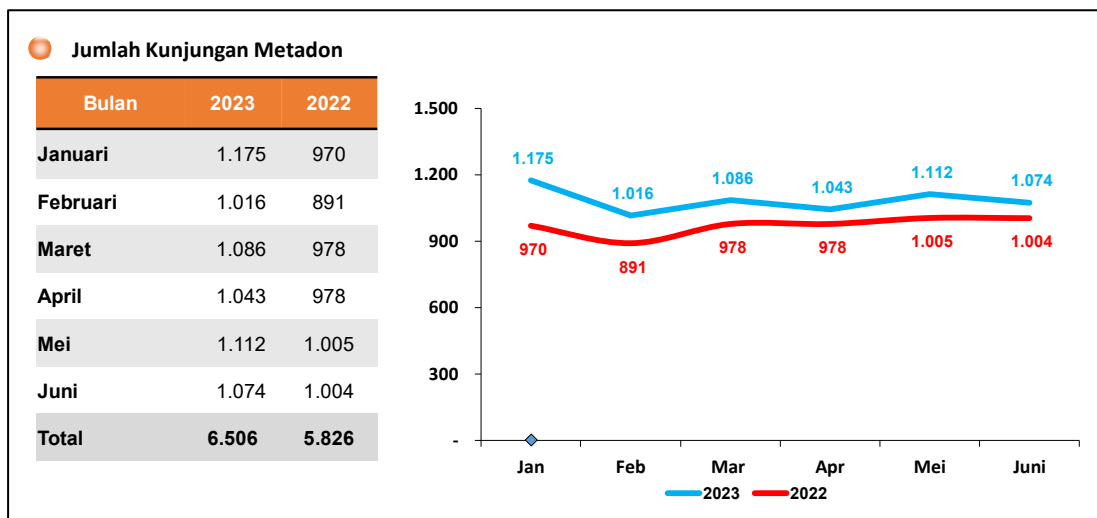
**Tabel 5.8**  
**Kinerja Instalasi Rawat Jalan**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**

| INDIKATOR KINERJA                       | SATUAN    | Semester I 2023 | Semester I 2022 | %<br>PENINGKATAN/<br>PENURUNAN |
|-----------------------------------------|-----------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| 1. Rata-rata kunjungan per hari         | Orang     | 141             | 201             | (29,80)                        |
| 2. Jumlah Kunjungan                     | Kunjungan | 18.607          | 26.507          | (29,80)                        |
| 3. Konsultasi / Psikologi (Psikososial) | Orang     | 305             | 244             | 25,00                          |
| 4. Jumlah Kunjungan Pasien Umum         | Kunjungan | 902             | 1.128           | (20,04)                        |
| 5. Jumlah Kunjungan Pasien Gigi         | Kunjungan | 187             | 255             | (26,67)                        |
| 6. Jumlah Kunjungan Pasien Spesialistik | Kunjungan | 5.536           | 4.893           | 13,14                          |
| 7. Methadone                            | Kunjungan | 6.506           | 5.826           | 11,67                          |
| 8. SBN                                  | Kunjungan | 2.032           | 2.464           | (17,53)                        |
| 9. MCU                                  | Kunjungan | 2.903           | 220             | 1219,55                        |
| 10. Fisioterapi                         | Orang     | 1.395           | 151             | 823,84                         |

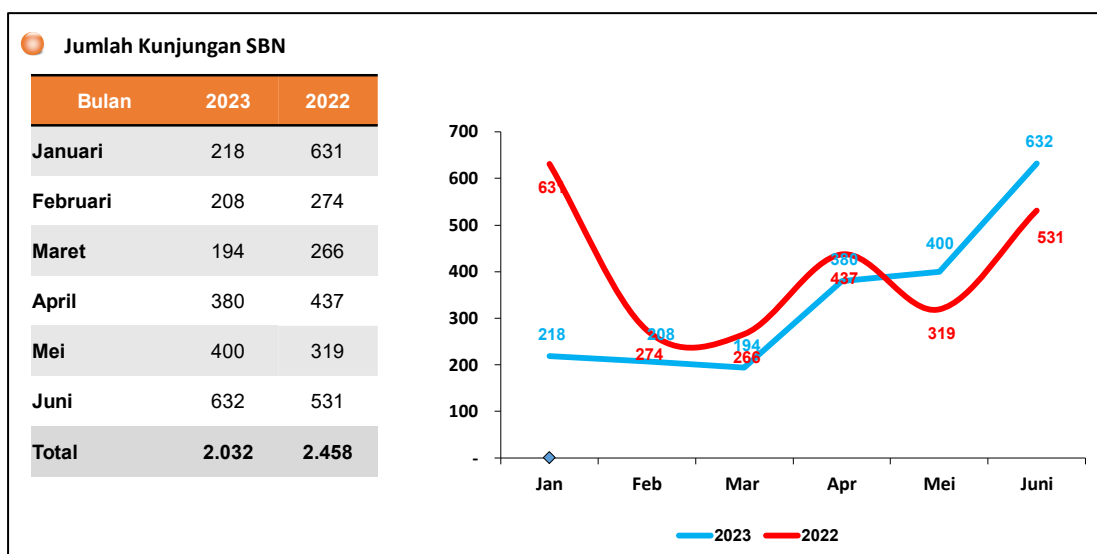
**Grafik 5.47**  
**Jumlah Kunjungan Rawat Jalan**



**Grafik 5.48**  
**Jumlah Kunjungan Metadon**



**Grafik 5.49**  
**Jumlah Kunjungan Surat Bebas Narkoba**





**Tabel 5.9**  
**Jumlah Kunjungan Per Jenis Kegiatan Psikososial**

| NO           | JENIS PELAYANAN                   | JUMLAH KUNJUNGAN |            |
|--------------|-----------------------------------|------------------|------------|
|              |                                   | SEMESTER         | SEMESTER I |
|              |                                   | JUMLAH           | JUMLAH     |
| 1            | Asessment Psikologi               | 64               | 18         |
| 2            | Konsultasi Psikologi/Konseling    | 81               | 39         |
| 3            | Terapi Perilaku Kognitif Individu | 0                | 0          |
| 4            | Terapi Perilaku Kognitif Kelompok | 0                | 0          |
| 5            | Evaluasi Sosial                   | 0                | 0          |
| 6            | Profesional Sesi                  | 0                | 2          |
| 7            | Tes Kematangan Sekolah(TKS)       | 0                | 0          |
| 8            | Tes IQ WISC                       | 229              | 180        |
| 9            | Bimbingan rohani                  | 4                | 0          |
| 10           | Terapi religious                  | 17               | 12         |
| 11           | Terapi keluarga                   | 0                | 0          |
| 12           | Terapi Seni                       | 31               | 23         |
| 13           | Terapi Olah Raga                  | 0                | 0          |
| 14           | Terapi Relaksasi                  | 0                | 0          |
| 15           | Vokasional/ Berkebun              | 0                | 0          |
| 16           | Tes MMPI 2                        | 513              | 432        |
| 17           | Skoring MMPI 2                    | 0                | 0          |
| 18           | Psikoterapi                       | 9                | 24         |
| 19           | Kunjungan Rumah                   | 5                | 9          |
| <b>Total</b> |                                   | <b>953</b>       | <b>739</b> |

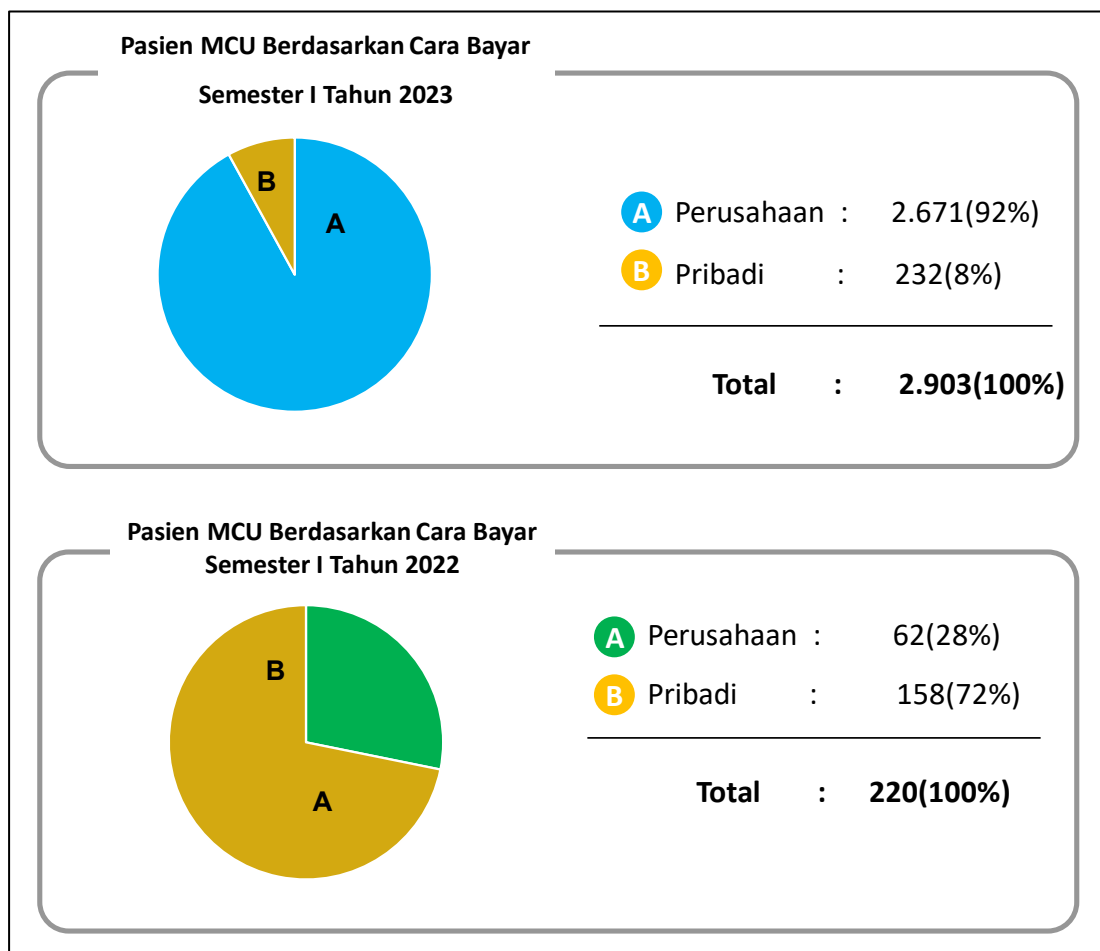
**Tabel 5.10**  
**Rekapitulasi Pelayanan MCU**  
**Semester I Tahun 2023**

| NO           | BULAN    | JUMLAH PASIEN | LAYANAN      |            |           |        |           | PEMBAYARAN   |            |
|--------------|----------|---------------|--------------|------------|-----------|--------|-----------|--------------|------------|
|              |          |               | Urin Napza   | Standar    | Dasar     | Medium | Lain-lain | Perusahaan   | Pribadi    |
| 1            | JANUARI  | 391           | 170          | 213        | 8         | -      | -         | 275          | 116        |
| 2            | FEBRUARI | 589           | 567          | 22         | -         | -      | -         | 567          | 22         |
| 3            | MARET    | 1.537         | 1.505        | 15         | 16        | -      | 1         | 1.505        | 32         |
| 4            | APRIL    | 19            | -            | 9          | 9         | -      | 1         | 1            | 18         |
| 5            | MEI      | 356           | 321          | 11         | 24        | -      | -         | 321          | 35         |
| 6            | JUNI     | 11            | -            | 9          | 2         | -      | -         | 2            | 9          |
| <b>TOTAL</b> |          | <b>2.903</b>  | <b>2.563</b> | <b>279</b> | <b>59</b> |        | <b>2</b>  | <b>2.671</b> | <b>232</b> |

**Tabel 5.10 (lanjutan)**  
**Rekapitulasi Pelayanan MCU**  
**Semester I Tahun 2022**

| NO           | BULAN    | JUMLAH PASIEN | LAYANAN    |            |           |          | PEMBAYARAN |            |
|--------------|----------|---------------|------------|------------|-----------|----------|------------|------------|
|              |          |               | Urin Napza | Standar    | Dasar     | Medium   | Perusahaan | Pribadi    |
| 1            | JANUARI  | 26            | -          | 24         | 1         | 1        | -          | 26         |
| 2            | FEBRUARI | 12            | -          | 11         | 1         | 0        | -          | 12         |
| 3            | MARET    | 88            | 59         | 25         | 3         | 1        | 59         | 29         |
| 4            | APRIL    | 17            | -          | 15         | 2         | 0        | -          | 17         |
| 5            | MEI      | 59            | 1          | 48         | 10        | -        | 2          | 57         |
| 6            | JUNI     | 18            | -          | 16         | 2         | 0        | 1          | 17         |
| <b>TOTAL</b> |          | <b>220</b>    | <b>60</b>  | <b>139</b> | <b>19</b> | <b>2</b> | <b>62</b>  | <b>158</b> |

**Grafik 5.50**  
**Jenis Pembayaran Pasien MCU**



**Kondisi yang dicapai saat ini:**

- Jumlah kunjungan rawat jalan pada semester I tahun 2023 menurun sebesar 29,80% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan rawat jalan di semester I tahun 2022 atau menurun dari 26.507 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 18.607 kunjungan pada semester I tahun 2023.
- Jumlah kunjungan poli psikologi pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 25,00% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan poli psikologi di semester I tahun 2022 atau menurun dari 244 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 305 kunjungan pada semester I tahun 2023.
- Jumlah kunjungan poli umum pada semester I tahun 2023 menurun sebesar 20,04% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan di semester I tahun 2022 atau menurun dari 1.128 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 902 kunjungan pada semester I tahun 2023.
- Jumlah kunjungan poli gigi pada semester I tahun 2023 menurun sebesar 26,67% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan di semester I tahun 2022 atau menurun dari 255 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 187 kunjungan pada semester I tahun 2023.
- Jumlah kunjungan poli spesialis pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 13,14% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 4.893 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 5.536 kunjungan pada semester I tahun 2023.
- Jumlah kunjungan rumatan methadone pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 11,67% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 5.826 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 6.506 kunjungan pada semester I tahun 2023.
- Jumlah kunjungan SBN pada semester I tahun 2023 menurun sebesar 17,53% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan di semester I tahun 2022 atau menurun dari 2.464 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 2.032 kunjungan pada semester I tahun 2023.
- Jumlah kunjungan MCU di semester I tahun 2023 meningkat sebesar 1219,55% jika dibandingkan dengan semester I tahun 2022 atau meningkat dari 220 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 2.903 kunjungan pada semester I tahun 2023. Sedangkan jika dilihat dari komposisi pasien berdasarkan cara bayarnya, di semester I tahun 2023 didominasi dengan pembiayaan dari perusahaan yaitu pada semester I tahun 2023 dari total pasien MCU, sebesar 92% adalah pasien yang melakukan pemeriksaan dengan pembiayaan dari perusahaan tempat mereka bekerja, sedangkan sisanya sebesar 8% merupakan pasien perorangan sedangkan pada semester I tahun 2022 didominasi dengan pembiayaan dari pribadi yaitu sebesar 28% adalah pasien yang melakukan pemeriksaan dengan pembiayaan

dari perusahaan tempat mereka bekerja dan 72% melakukan pemeriksaan dengan pembiayaan pasien perorangan. Hal ini menunjukkan bahwa pangsa pasar terbesar layanan MCU RS Ketergantungan Obat Jakarta pada semester I tahun 2023 adalah perusahaan/instansi/lembaga, namun pada semester I tahun 2022 berbanding terbalik, yaitu pangsa pasar mcu Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta adalah pribadi/perorangan

- Jumlah kunjungan Fisioterapi pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 823,84% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 151 kunjungan pada semester I tahun 2022 menjadi 1.395 kunjungan pada semester I tahun 2023.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Kenaikan pola tarif pada rumah sakit ketergantungan obat mengakibatkan penurunan jumlah kunjungan pasien di rawat jalan.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Berkoordinasi dengan tim pemasaran untuk mensosialissikan layanan yang ada di rumah sakit ketergantungan obat jakarta dan bekerjasama dengan BPJS diharapkan dapat meningkatkan kunjungan pasien.
- Evaluasi pelaksanaan kenaikan tarif layanan rumah sakit ketergantungan obat jakarta.

**5.6.2. Pencapaian Kinerja Instalasi Gawat Darurat**

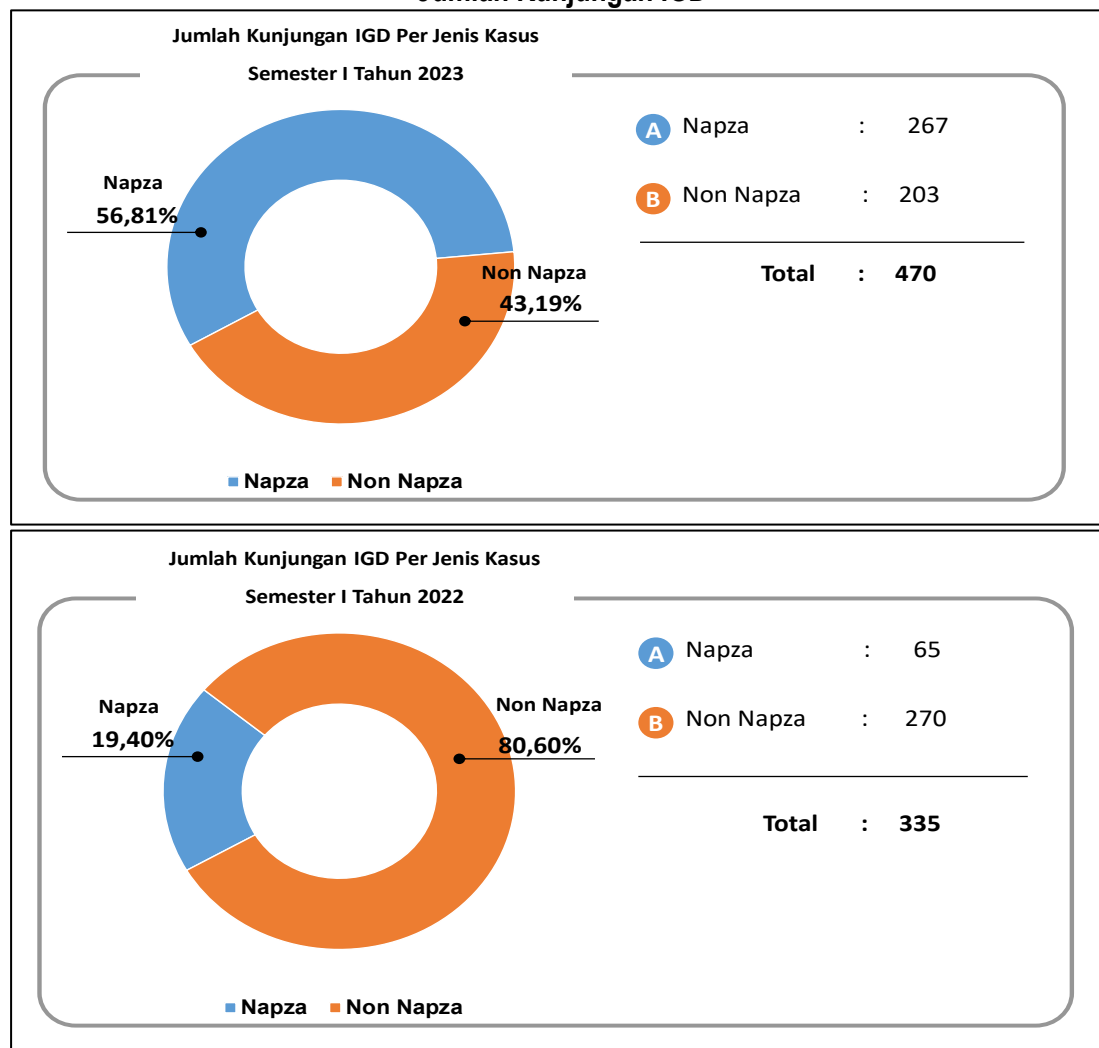
Instalasi Gawat Darurat RS Ketergantungan Obat Jakarta mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Layanan gawat darurat di RS Ketergantungan Obat terdiri atas layanan gawat darurat napza dan layanan darurat non napza (psikiatri dan umum).

Berikut adalah capaian kinerja Instalasi Gawat Darurat untuk periode semester I tahun 2023:

**Tabel 5.11**  
**Perbandingan Jumlah Kunjungan Gawat Darurat**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**

| NO    | BULAN    | TAHUN 2023 |      |        | TAHUN 2022 |      |        |
|-------|----------|------------|------|--------|------------|------|--------|
|       |          | BARU       | LAMA | JUMLAH | BARU       | LAMA | JUMLAH |
| 1     | JANUARI  | 37         | 37   | 74     | 37         | 26   | 63     |
| 2     | FEBRUARI | 59         | 19   | 78     | 47         | 27   | 74     |
| 3     | MARET    | 63         | 27   | 90     | 46         | 14   | 60     |
| 4     | APRIL    | 40         | 40   | 80     | 19         | 15   | 34     |
| 5     | MEI      | 28         | 29   | 57     | 27         | 29   | 56     |
| 6     | JUNI     | 50         | 41   | 91     | 22         | 26   | 48     |
| TOTAL |          | 277        | 193  | 470    | 198        | 137  | 335    |

**Grafik 5.51**  
**Jumlah Kunjungan IGD**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Jumlah kunjungan Instalasi Gawat Darurat pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 40,30% jika dibandingkan dengan jumlah kunjungan semester I tahun 2022. Atau meningkat dari 335 kunjungan di semester I tahun 2022, menjadi 470 kunjungan di semester I tahun 2023.
- Kasus kegawatdaruratan yang ditangani di Instalasi Gawat Darurat RS Ketergantungan Obat Jakarta sebagian besar adalah kasus napza. Pada semester I tahun 2023, perbandingan kasus yang ditangani di IGD adalah 56,81% kasus napza dan 43,19% kasus non napza. Sedangkan pada semester I tahun 2022 berbanding terbalik, kasus kegawatdaruratan sebagian besar adalah kasus non napza yaitu 19,40% kasus napza dan 80,60% kasus non napza.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Peralatan penunjang kegawatdaruratan untuk pasien umum (non napza) di Instalasi Gawat Darurat masih terbatas, sehingga seringkali pasien harus dirujuk ke rumah sakit lain.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Melengkapi peralatan penunjang kegawatdaruratan untuk kasus-kasus umum (non napza)
- Melengkapi perawat dan dokter dengan sertifikasi keahlian penanganan kegawatdaruratan melalui pelatihan secara berkala (rutin).

**5.6.3. Pencapaian Kinerja Instalasi Rawat Inap**

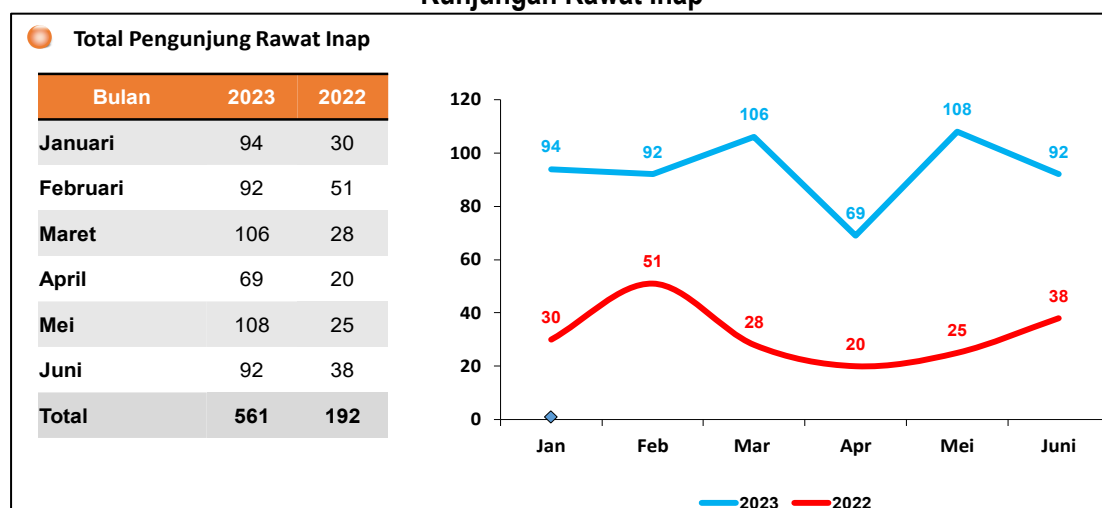
Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta memiliki rawat inap yang menangani permasalahan napza secara komprehensif mulai dari detoksifikasi hingga rehabilitasi. RS Ketergantungan Obat Jakarta juga mempunyai rawat inap yang melayani pasien-pasien yang mempunyai dampak fisik dan mental akibat penyalahgunaan NAPZA (dual diagnosis). Serta mulai tahun 2022 Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta juga membuka untuk pelayanan rawat inap umum.

Berikut adalah capaian kinerja Instalasi Rawat Inap untuk periode semester I tahun 2023:

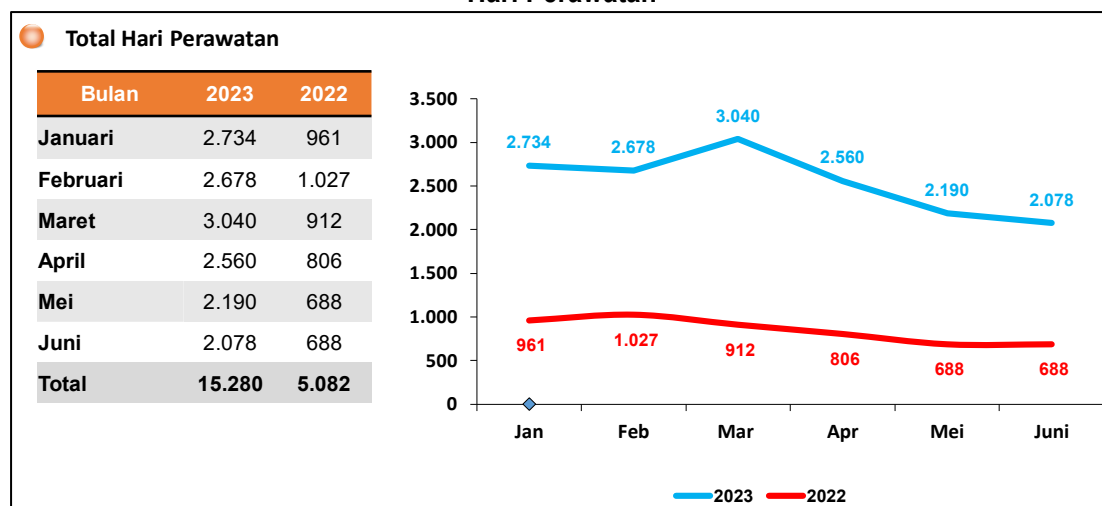
**Tabel 5.12**  
**Kinerja Instalasi Rawat Inap**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**

| INDIKATOR KINERJA                      | SATUAN         | SEMESTER I<br>2023 | SEMESTER I<br>2022 | %<br>PENINGKATAN/<br>PENURUNAN |
|----------------------------------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------------------|
| 1. Bed Occupancy Rate (BOR)            | %              | 84,1               | 28,1               | 199,29                         |
| 2. Bed Turn Over (BTO)                 | Kali           | 6,0                | 2,0                | 200,00                         |
| 3. Average Length Of Stay (ALOS)       | Hari           | 29,0               | 33,0               | (12,12)                        |
| 4. Turn Over Interval (TOI)            | Hari           | 5,0                | 68,0               | (92,65)                        |
| 5. Net Death Rate (NDR)                | $\frac{0}{00}$ | 0,0                | 0,0                | -                              |
| 6. Gross Death Rate (GDR)              | $\frac{0}{00}$ | 0,0                | 0,0                | -                              |
| 7. Jumlah Hari Rawat Inap              | Hari           | 15.280             | 5.082              | 200,67                         |
| 8. Jumlah Pasien Dirawat per Tahun     | Kunjungan      | 561                | 192                | 192,19                         |
| 9. Jumlah Pasien Covid-19 yang dirawat | Orang          | 18                 | 72                 | -                              |
| 10. Jumlah Pasien Meninggal            | Orang          | 0                  | 4                  | -                              |
| 11. Jumlah Kunjungan Pasien NAPZA      | Kunjungan      | 561                | 192                | 192,19                         |

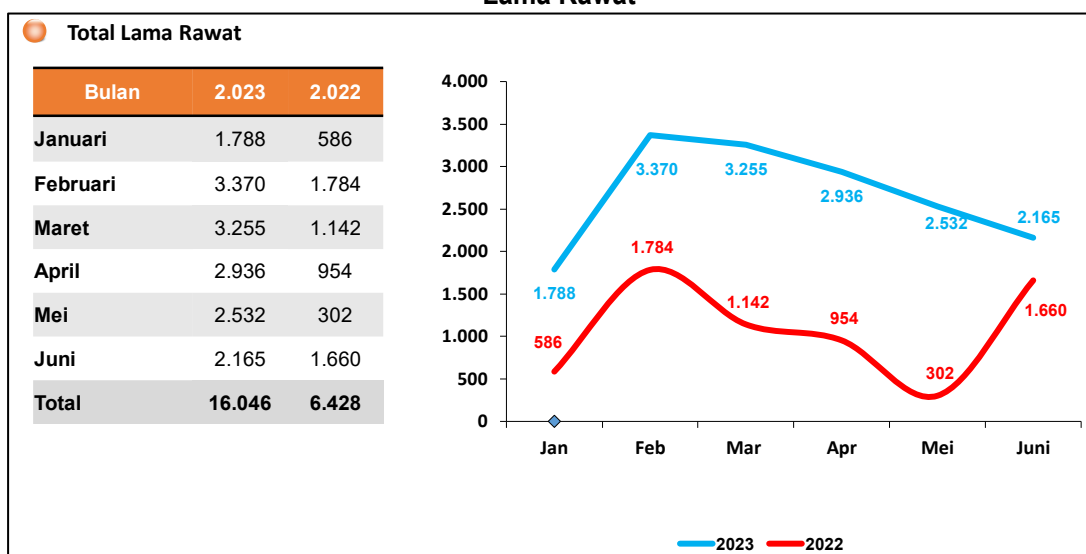
**Grafik 5.52**  
**Kunjungan Rawat Inap**



**Grafik 5.53**  
**Hari Perawatan**



**Grafik 5.54**  
**Lama Rawat**



**Tabel 5.13**  
**Jumlah Pengunjung Rehabilitasi**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**

| NO        | BULAN    | TAHUN 2023                                    |                                                           |        |                                        | TAHUN 2022                                 |                                                           |        |                                     |
|-----------|----------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------|
|           |          | JUMLAH<br>PENGUNJUNG<br>PADA<br>AWAL<br>BULAN | ARUS KELUAR<br>MASUK<br>PENGUNJUNG PADA<br>BULAN BERJALAN |        | JUMLAH<br>PENGUNJUNG<br>AKHIR<br>BULAN | JUMLAH<br>PENGUNJUNG<br>PADA AWAL<br>BULAN | ARUS KELUAR<br>MASUK PENGUNJUNG<br>PADA BULAN<br>BERJALAN |        | JUMLAH<br>PENGUNJUNG<br>AKHIR BULAN |
|           |          |                                               | MASUK                                                     | PULANG |                                        |                                            | MASUK                                                     | PULANG |                                     |
| 1         | JANUARI  | 60                                            | 25                                                        | 18     | 67                                     | 23                                         | 6                                                         | 5      | 24                                  |
| 2         | FEBRUARI | 67                                            | 32                                                        | 37     | 61                                     | 24                                         | 10                                                        | 5      | 29                                  |
| 3         | MARET    | 62                                            | 41                                                        | 35     | 68                                     | 29                                         | 5                                                         | 12     | 22                                  |
| 4         | APRIL    | 68                                            | 9                                                         | 45     | 32                                     | 21                                         | 6                                                         | 12     | 15                                  |
| 5         | MEI      | 49                                            | 34                                                        | 28     | 55                                     | 15                                         | 4                                                         | 2      | 17                                  |
| 6         | JUNI     | 54                                            | 27                                                        | 25     | 56                                     | 17                                         | 7                                                         | 11     | 13                                  |
| RATA-RATA |          | 60                                            | 28                                                        | 31     | 57                                     | 22                                         | 6                                                         | 8      | 20                                  |

**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Nilai BOR mengalami peningkatan sebesar 199,29% dari capaian BOR di semester I tahun 2022 sebesar 28,1% menjadi 84,1% pada semester I tahun 2023.
- Nilai BTO mengalami peningkatan sebesar 200% yaitu 2 pada perhitungan semester I tahun 2022 menjadi 6 pada semester I tahun 2023.
- Nilai ALOS mengalami penurunan sebesar 12,12% dari capaian pada semester I tahun 2022 sebesar 33 hari menjadi 29 pada semester I tahun 2023.
- peningkatan jumlah hari rawat inap sebesar 200,67% dari 5.082 hari pada semester I tahun 2022 menjadi 15.280 hari pada semester I tahun 2023.



- Data angka kematian di RSKO semester I tahun 2023 yang tergambar dari data NDR sebesar 0‰ dan GDR sebesar 0‰, masih sama dengan data semester I tahun 2022 dimana NDR sebesar 0‰ dan GDR sebesar 0‰,. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada kejadian kematian di RSKO Jakarta pada semester I tahun 2023 maupun semester I tahun 2022.
- Peningkatan Pasien Rawat Inap sebesar 192,19% dari 192 kunjungan pada semester I tahun 2022 meningkat menjadi 561 kunjungan pada semester I tahun 2023.
- Rata rata jumlah pasien yang ditangani di Instalasi Rehabilitasi Napza pada semester I tahun 2023 setiap bulannya adalah 57 pasien. Meningkat sebesar 182,50% dari jumlah pasien (pengunjung) pada semester I tahun 2022 yang hanya mencapai 20 pasien setiap bulannya.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Semakin berkurangnya rujukan pasien pengguna dan penyalahguna Napza yang berkaitan dengan hukum dari BNN, Kepolisian dan Kejaksaan dalam semua tahap peradilan baik dengan status hukum tersangka, terdakwa maupun terpidana untuk dilakukan rehabilitasi.
- Sebagian pasien RSKO diantaranya merupakan kiriman berkaitan dengan hukum dari BNN, polisi dan kejaksaan dengan kasus pengguna NAPZA yang sedang menjalani proses hukum dan putusan pengadilan sehingga lamanya waktu perawatan bervariasi mengikuti hasil putusan pengadilan.
- Penetapan target indikator rawat inap relatif lebih kecil dibandingkan dengan rumah sakit umum karena karakteristik pasien adiksi NAPZA cenderung menolak untuk rawat inap atau hanya menginginkan rawat inap jangka pendek. Adapun program rehabilitasi pada pasien dengan penyalahgunaan Napza mencakup rehabilitasi rawat inap dan rawat jalan.
- Keterbatasan ruang perawatan rawat inap dengan kasus pasien yang dirawat.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

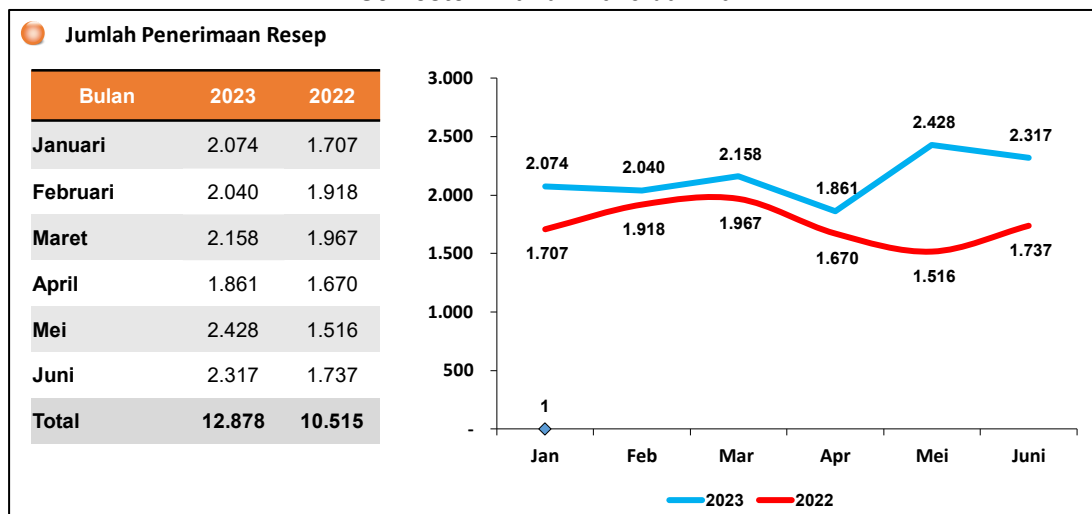
- Berkoordinasi dengan tim pemasaran utk mensosialisasikan layanan RSKO Jakarta, bekerjasama dengan BPJS kesehatan diharapkan dapat meningkatkan jumlah kunjungan rawat inap.
- melakukan koordinasi dengan penegak hukum agar pengguna dan penyalahguna napza dilakukan rehabilitasi
- mengusulkan untuk penambahan ruang perawatan rawat inap.

#### 5.6.4. Pencapaian Kinerja Instalasi Farmasi

Instalasi Farmasi RS Ketergantungan Obat Jakarta menyelenggarakan pengelolaan mulai dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, penyiapan, peracikan obat – obatan. Pelayanan farmasi meliputi rawat jalan dan rawat inap dengan kegiatan pengkajian obat, pengantaran obat, edukasi, konseling farmasi, rekonsiliasi obat yang digunakan pasien serta monitoring efek samping obat.

Berikut adalah capaian kinerja Instalasi Farmasi untuk periode semester I tahun 2023:

**Grafik 5.55**  
**Jumlah Penerimaan Resep Farmasi**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**



#### Kondisi yang dicapai saat ini :

- Jumlah penerimaan resep pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 22,47% jika dibandingkan dengan jumlah penerimaan resep di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 10.515 penerimaan resep pada semester I tahun 2022 menjadi 12.878 penerimaan resep pada semester I tahun 2023.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Masih ditemukan adanya kasus penulisan resep yang tidak sesuai formularium.

#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Inventarisir kebutuhan obat terkait meningkatnya pasien rujukan BPJS dengan kasus penyakit yang lebih beragam, sehingga perencanaan pengadaan obat sesuai dengan kebutuhan pasien dapat diusulkan dalam daftar obat formularium.

#### **5.6.5. Pencapaian Kinerja Instalasi Laboratorium**

Instalasi Laboratorium sangat diperlukan guna memperkuat diagnosis dokter. Instalasi laboratorium RS Ketergantungan Obat Jakarta selain melakukan pemeriksaan atas hematologi lengkap, kimia darah, urin Napza, urin dan Faeces, serologi dan hemostatis. Instalasi laboratorium RS Ketergantungan Obat Jakarta juga melakukan pemeriksaan khusus terkait Napza melalui Enzyme Multiplied Immunoassay Technique (EMIT) dan Gas Chromatography Mass Spectrophotometry (GCMS). Selain pemeriksaan di atas Instalasi Laboratorium juga melakukan pemeriksaan penunjang covid-19 yaitu: pemeriksaan rapid antibody, swab antigen dan juga swab pcr.

Berikut adalah capaian kinerja Instalasi Laboratorium untuk periode semester I tahun 2023:

**Tabel 5.14**  
**Pemeriksaan Laboratorium**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**

| NO           | JENIS PEMERIKSAAN             | SEMESTER I<br>2023 | SEMESTER I<br>2022 |
|--------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>A</b>     | <b>Pemeriksaan Dasar</b>      |                    |                    |
|              | Darah Rutin dan Darah Lengkap | 524                | 427                |
|              | Urine Rutin                   | 480                | 296                |
| <b>B</b>     | <b>Kimia</b>                  |                    |                    |
| 1            | Fungsi hati                   |                    |                    |
|              | SGOT                          | 560                | 220                |
|              | SGPT                          | 562                | 222                |
|              | Alkali Fosfatase              | 0                  | 0                  |
|              | Bilirubin                     | 8                  | 6                  |
|              | Protein Total                 | 3                  | 2                  |
| 2            | Fungsi Ginjal                 |                    |                    |
|              | Ureum                         | 550                | 215                |
|              | Creatinin                     | 553                | 212                |
|              | Asam Urat                     | 180                | 77                 |
| 3            | Glukosa                       |                    |                    |
|              | Gula Darah                    | 704                | 526                |
| 4            | Profil Lemak                  |                    |                    |
|              | Cholesterol total             | 114                | 0                  |
|              | Cholesterol HDL, LDL          | 253                | 132                |
|              | Trigliserid                   | 79                 | 81                 |
| 5            | Imunologi                     |                    |                    |
|              | HbsAg                         | 146                | 35                 |
|              | Anti HBs                      | 8                  | 9                  |
|              | Anti HCV                      | 226                | 70                 |
|              | Anti HAV                      | 0                  | 0                  |
|              | Anti HIV                      | 241                | 123                |
|              | CD4                           | 75                 | 98                 |
|              | Elektrolit                    | 27                 | 19                 |
|              | Widal                         | 45                 | 69                 |
| <b>C</b>     | <b>Drug Test</b>              |                    |                    |
|              | Alkohol                       | 91                 | 14                 |
|              | Amfetamin                     | 3.012              | 249                |
|              | Benzodiazepin                 | 3.403              | 353                |
|              | Barbiturat                    | 0                  | 4                  |
|              | Cannabis                      | 5.052              | 2.651              |
|              | Cocaine                       | 5.015              | 2.530              |
|              | MDMA                          | 2.160              | 2.526              |
|              | Met Amfetamin                 | 5.013              | 2.549              |
|              | Opiat                         | 5.042              | 2.613              |
|              | PCP                           | 0                  | 2                  |
|              | Carisprodol                   | 0                  | 0                  |
|              | Buprenorfin                   | 11                 | 8                  |
| <b>D</b>     | <b>Sputum (BTA)</b>           | 33                 | 46                 |
| <b>E.</b>    | <b>Lain-lain</b>              |                    |                    |
|              | Golongan Darah                | 14                 | 12                 |
|              | Tes Kehamilan                 | 40                 | 32                 |
|              | Covid-19                      |                    |                    |
|              | Covid-19 Antibodi             | 0                  | 0                  |
|              | Covid-19 Antigen              | 428                | 1.373              |
|              | Covid-19 PCR                  | 90                 | 1.027              |
|              | Morfin                        | 1                  | 39                 |
|              | Feritin                       | 0                  | 0                  |
|              | HBA 1C                        | 12                 | 24                 |
|              | APTT                          | 0                  | 0                  |
|              | AGD                           | 0                  | 4                  |
|              | Ddimer                        | 2                  | 42                 |
|              | Procalcitonin                 | 0                  | 17                 |
|              | VDRL                          | 1                  | 7                  |
|              | Ketamin                       | 0                  | 0                  |
|              | CT, BT                        | 4                  | 3                  |
|              | Gamma GT                      | 1                  | 2                  |
| <b>TOTAL</b> |                               | <b>34.763</b>      | <b>18.966</b>      |

**Kondisi yang dicapai saat ini :**

Jumlah pemeriksaan Laboratorium pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 83,93 % jika dibandingkan dengan jumlah pemeriksaan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 18.966 pemeriksaan pada semester I tahun 2022 menjadi 34.763 pemeriksaan pada semester I tahun 2023.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Pemeriksaan gcms masih merujuk ke BNN
- Diskontinu reagen dan alat Hematologi
- Membutuhkan pelatihan GCMS untuk konfirmasi napza
- SIM RS dan LIS sering ada kendala

**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Merencanakan pelatihan SDM untuk peningkatan kemampuan pemeriksaan konfirmasi GCMS dan Ekspertise Napza
- Sudah ada surat usulan dan telaah kebutuhan alat hematologi dan presentasi dari beberapa penyedia sudah terlaksana, menunggu hasil keputusan dan anggaran
- Berkoordinasi dengan tim IT

**5.6.6. Pencapaian Kinerja Instalasi Radiologi**

Instalasi Radiologi merupakan salah satu instalasi penunjang medis yang memberikan layanan pemeriksaan Radiologi dengan hasil pemeriksaan berupa foto atau gambar untuk membantu dokter yang merawat pasien dalam penegakan diagnosis. Instalasi Radiologi pada RS Ketergantungan Obat Jakarta di bawah penanganan para dokter ahli dan teknisi yang berpengalaman serta dilengkapi dengan fasilitas canggih menyediakan pemeriksaan Radiologi berupa :

- Rontgen konvensional (rontgen dada, foto polos)
- USG (thyroid, mammae, abdomen, thorax, lengan atas)
- Panoramic dan Cephalomery
- Radiology Information System (RIS)

Berikut adalah capaian kinerja Instalasi Radiologi untuk periode semester I tahun 2023:

**Tabel 5.15**  
**Perbandingan Jumlah Pemeriksaan Radiologi**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**

| NO           | JENIS PEMERIKSAAN | SEMESTER I<br>2023 | SEMESTER I<br>2022 |
|--------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| 1            | THORAX PA         | 10                 | 2                  |
| 2            | THORAX AP/L       | 1                  | 745                |
| 3            | THORAX TOP-L      | 1                  | 1                  |
| 4            | CLAVICULA         | -                  | -                  |
| 5            | CRANIUM           | 2                  | 5                  |
| 6            | BNO               | 2                  | 2                  |
| 7            | CERVICAL          | 1                  | 3                  |
| 8            | SCAPULA           | -                  | 1                  |
| 9            | CUBITI/ELBOW      | 2                  | 5                  |
| 10           | ANTEBRACHII       | 4                  | 9                  |
| 11           | WRIST JOINT       | -                  | 5                  |
| 12           | DIGITI MANUS      | -                  | 1                  |
| 13           | MANUS             | 1                  | 4                  |
| 14           | HUMERUS           | 30                 | 4                  |
| 15           | SHOULDER          | -                  | 7                  |
| 16           | PEDIS             | 2                  | 17                 |
| 17           | ANGKLE            | 1                  | 6                  |
| 18           | GENU              | 3                  | 38                 |
| 19           | CRURIS            | -                  | 6                  |
| 20           | FEMUR             | 84                 | 5                  |
| 21           | PELVIS            | -                  | 7                  |
| 22           | V.T-L             | 7                  | 1                  |
| 23           | V.L-S             | 3                  | 26                 |
| 24           | V.LUMBAL          | 1                  | 1                  |
| 25           | OS NASAL          | 5                  | -                  |
| 26           | SPN 3 SS          | 4                  | 3                  |
| 27           | CALCANEUS         | -                  | 2                  |
| 28           | PATELLA           | 2                  | -                  |
| 29           | COCCYX            | 1.101              | 3                  |
| 30           | Mandibula         | 35                 | -                  |
| 31           | USG Abdomen       | -                  | 34                 |
| 32           | USG Mamae         | 3                  | 4                  |
| 33           | USG Thyroid       | -                  | -                  |
| 34           | USG Abdomen Atas  | -                  | 6                  |
| 35           | USG Abdomen Bawah | 1                  | 1                  |
| 36           | USG Thorax        | -                  | -                  |
| 37           | USG Lengan Atas   | -                  | -                  |
| 38           | V Thoracal        | 8                  | 4                  |
| 39           | HNP Joint         | 12                 | 2                  |
| 40           | BND 3 Posisi      | 5                  | -                  |
| 41           | USG Chelli        | 7                  | -                  |
| 42           | Panoramic         | 6                  | 136                |
| <b>TOTAL</b> |                   | <b>1.344</b>       | <b>1.096</b>       |

#### Kondisi yang dicapai saat ini :

Jumlah pemeriksaan radiologi pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 22,63% jika dibandingkan dengan jumlah pemeriksaan di pada semester I tahun 2022 atau meningkat dari 1.096 pemeriksaan pada pada semester I tahun 2022 menjadi 1.344 pemeriksaan pada pada semester I tahun 2023.

#### Kendala dan Permasalahan :

- Pada triwulan I 2023 Alat Panoramic XRay belum dapat dioperasikan dikarenakan izin operasional alat (Bapeten) expired

#### Rencana Pemecahan Masalah :

- Proses perpanjangan izin operasional alat panoramic Xray.

#### 5.6.7. Pencapaian Kinerja Instalasi Gizi

Pelayanan gizi di rumah sakit dan merupakan salah satu bagian yang tidak kalah penting untuk memberikan pelayanan dalam rangka mempercepat proses penyembuhan terhadap pasien. Kegiatan pelayanan gizi meliputi skrining/asesmen awal dan lanjutan bagi pasien, penyediaan makanan bagi pasien sesuai dengan kebutuhan nutrisi/diet yang dibutuhkan dan menyediakan konsultasi gizi.

Berikut adalah capaian kinerja Instalasi Gizi untuk periode semester I tahun 2023:

**Tabel 5.16**  
**Perbandingan Jenis Pelayanan Gizi RSKO Jakarta**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**

| NO            | JENIS PELAYANAN                                                                  | SEMESTER I<br>2023 | SEMESTER I<br>2022 |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| 1             | Pelayanan Gizi Rawat Inap (pemberian makan, monitoring dan evaluasi gizi pasien) | 12.734             | 5.187              |
| 2             | Pemberian Makanan untuk Daya Tahan Tubuh Petugas                                 | 2.093              | 38.141             |
| 3             | Penyuluhan Gizi                                                                  | -                  | 21                 |
| 4             | Konsultasi Gizi                                                                  | 341                | 136                |
| <b>Jumlah</b> |                                                                                  | <b>15.168</b>      | <b>43.485</b>      |

Dari tabel diatas dapat dilihat kegiatan yang telah dilakukan oleh Instalasi Gizi selama semester I tahun 2023 adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan Gizi Rawat Inap, meliputi:
  - a. Pemberian makanan

Pemberian makanan di ruang rawat inap disesuaikan dengan kelas perawatan pasien, jenis diet yang diberikan dan berdasarkan anggaran belanja makan pasien

yang telah diberikan. Untuk pasien rawat inap di Instalasi Komplikasi dan IGD dilakukan secara sentralisasi (makanan langsung dibagi dan disajikan dalam alat makan di ruang produksi), sedangkan untuk pasien Instalasi Rehabilitasi Napza dilakukan secara desentralisasi (makanan dari ruang produksi makanan dibawa ke pantry ruang perawatan pasien dalam jumlah besar, selanjutnya disajikan masing-masing ke alat makan).

b. Evaluasi, monitoring dan tindak lanjut

Evaluasi dan Monitoring pelayanan gizi di ruang rawat inap dilakukan oleh ahli gizi setiap hari secara berkesinambungan terutama bagi pasien yang memerlukan diet khusus. Evaluasi dan monitoring tersebut mencakup antara lain perubahan diet, bentuk makanan, asupan makanan, toleransi terhadap makanan yang diberikan, status gizi, keadaan klinis dan lain-lain.

Untuk pasien yang tidak mendapat diet khusus tetap mendapat perhatian agar tidak terjadi Hospital Malnourished. Selain itu diberikan menu pilihan pada pasien VIP dan kelas I untuk sarapan pagi tetapi harus sesuai dengan aturan diet dan kelas perawatannya. Tindak lanjut yang diberikan berdasarkan kebutuhan sesuai hasil evaluasi pelayanan gizi

2. Melaksanakan pelayanan gizi bagi petugas khusus dan karyawan

Pelayanan gizi bagi petugas khusus diberikan berupa pemberian makanan penambah daya tahan tubuh sesuai dengan anggaran tahun 2020 serta kebijakan Direktur Utama RSKO Jakarta. Pegawai yang mendapatkan penambah daya tahan tubuh adalah seluruh pegawai PNS dan Non PNS Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta.

3. Penyuluhan Gizi

Penyuluhan gizi diberikan kepada pasien, keluarga pasien khususnya dan masyarakat pada umumnya.

4. Konsultasi gizi

Konsultasi dan pendidikan gizi di ruang rawat inap diberikan terutama kepada pasien dengan diet khusus agar pasien mengetahui diet yang harus dijalankan sehingga pasien dapat menerima makanan yang diberikan dari instalasi gizi. Konsultasi gizi juga ditujukan agar keluarga pasien tidak salah memberikan makanan tambahan dari luar Rumah Sakit. Konsultasi gizi juga diberikan pada saat pasien akan pulang berupa perencanaan diet di rumah. Konsultasi yang biasa diberikan di rawat inap antara lain diet TKTP, diet penyakit hati, diet diabetes mellitus, diet rendah garam, diet penyakit HIV/AIDS. Selain itu konsultasi



gizi rawat inap dan rawat jalan, juga diberikan kepada pasien yang berasal dari karyawan Rumah Sakit Ketergantungan Obat.

Selain hal tersebut di atas Instalasi Gizi juga memberikan informasi gizi, informasi gizi diberikan kepada pasien pada awal masuk ruang rawat inap, berupa penjelasan mengenai makanan yang diberikan oleh rumah sakit dan diet yang harus dijalankan apabila pasien memerlukan diet khusus.

### **5.7. Pencapaian Kinerja Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian**

Direktorat Sumber Daya Manusia, Pendidikan, dan Penelitian mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan sumber daya manusia, pendidikan, dan penelitian di bidang pelayanan kesehatan. Serta menyelenggarakan fungsi: a. penataan organisasi dan tata laksana; b. pengelolaan urusan administrasi, perencanaan, pengembangan, pembinaan, dan kesejahteraan sumber daya manusia; c. pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan; d. pengelolaan penelitian, pengembangan, dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan; dan e. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

#### **5.7.1. Pencapaian Kinerja Pelayanan Pendidikan dan Penelitian**

Pelayanan pendidikan dan penelitian RS Ketergantungan Obat Jakarta mempunyai fungsi menyelenggarakan kegiatan pelayanan pendidikan dan pelatihan. Diklit juga mempunyai peran untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam melaksanakan tugas yang efektif dan efisien bagi setiap pegawai RSKO dan stakeholder lainnya. Pelayanan Pendidikan dan Penelitian terdiri dari:

- 1) Pelatihan dan Pendidikan dalam bidang Napza dan HIV/AIDS
- 2) Penelitian dan Pengembangan dalam bidang Napza
- 3) Pelayanan Pendidikan dan Praktek Kerja bagi Pelajar dan Mahasiswa

Adapun jenis-jenis pelayanan yang diberikan adalah sebagai berikut :

- 1) Kunjungan
- 2) Magang
- 3) Pelatihan
- 4) Study Banding
- 5) Kepaniteraan / Profesi
- 6) Penelitian Instansi
- 7) Observasi/Wawancara Mahasiswa

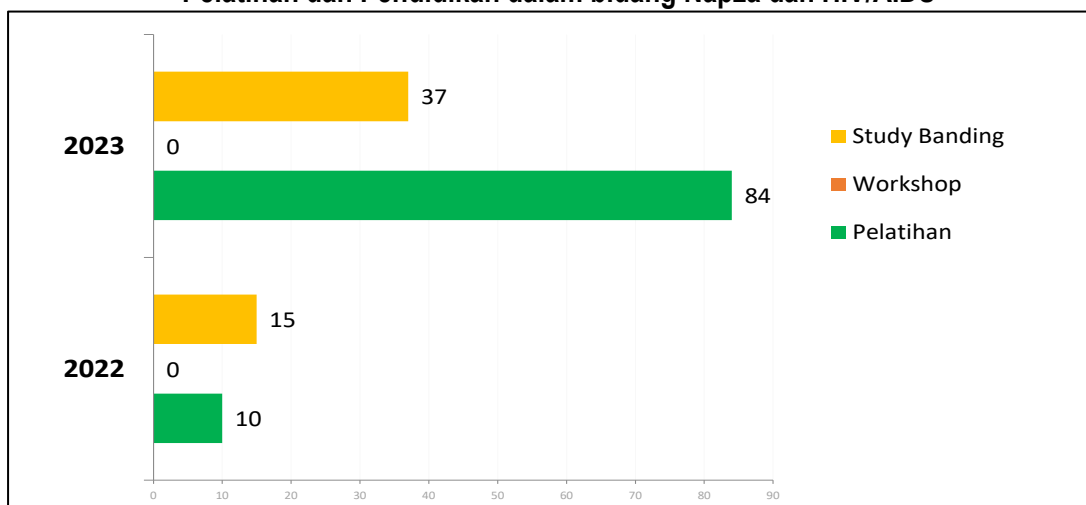
- 8) Residen/PPDS
- 9) Seminar
- 10) Workshop
- 11) Sosialisasi Mutu RS
- 12) Study Pendahuluan
- 13) Presentasi Proposal

Berikut adalah capaian kinerja pelayanan pendidikan dan penelitian untuk periode semester I tahun 2023 :

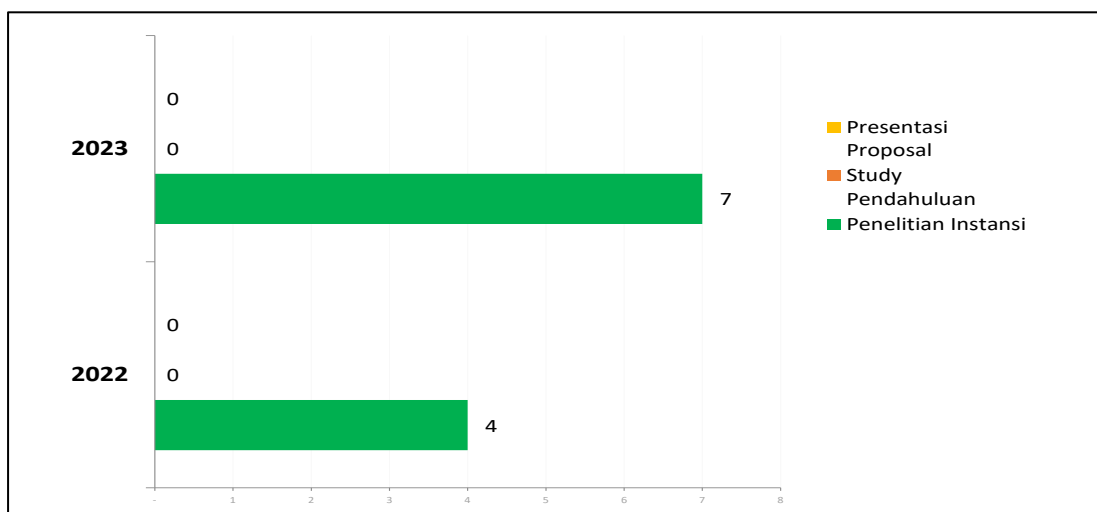
**Tabel 5.17**  
**Perbandingan Kegiatan pelayanan pendidikan dan penelitian**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2022**

| NO            | KEGIATAN                             | SEMESTER I | SEMESTER I |
|---------------|--------------------------------------|------------|------------|
|               |                                      | 2023       | 2022       |
| <b>1.</b>     | <b>KUNJUNGAN</b>                     |            |            |
|               | 1. Siswa SLTA                        | 0          | 0          |
|               | 2. Mahasiswa                         | 26         | 0          |
|               | 3. Masyarakat Umum                   | 0          | 8          |
| <b>2.</b>     | <b>MAGANG/PKL</b>                    |            |            |
|               | 1. Siswa SLTA                        | 0          | 17         |
|               | 2. Mahasiwa D3 – S1                  | 52         | 54         |
|               | 3. Mahasiswa S2                      | 14         | 9          |
|               | 4. Masyarakat/Instansi               | 0          | 0          |
| <b>3.</b>     | <b>Pelatihan</b>                     | 10         | 84         |
| <b>4.</b>     | <b>Studi Banding</b>                 | 15         | 37         |
| <b>5.</b>     | <b>Kepaniteraan</b>                  | 75         | 96         |
| <b>6.</b>     | <b>Penelitian Instansi</b>           |            |            |
|               | a.Skripsi D3/S1                      | 6          | 4          |
|               | b.Thesis                             | 1          | 0          |
| <b>7.</b>     | <b>Observasi/Wawancara Mahasiswa</b> | 0          | 0          |
| <b>8.</b>     | <b>Residen/PPDS</b>                  | 1          | 0          |
| <b>9.</b>     | <b>Seminar</b>                       | 0          | 0          |
| <b>10.</b>    | <b>Workshop</b>                      | 0          | 0          |
| <b>11</b>     | <b>Sosialisasi Mutu RS</b>           | 82         | 0          |
| <b>12</b>     | <b>Study Pendahuluan</b>             | 0          | 0          |
| <b>13</b>     | <b>Presentasi Proposal</b>           | 0          | 0          |
| <b>JUMLAH</b> |                                      | <b>282</b> | <b>309</b> |

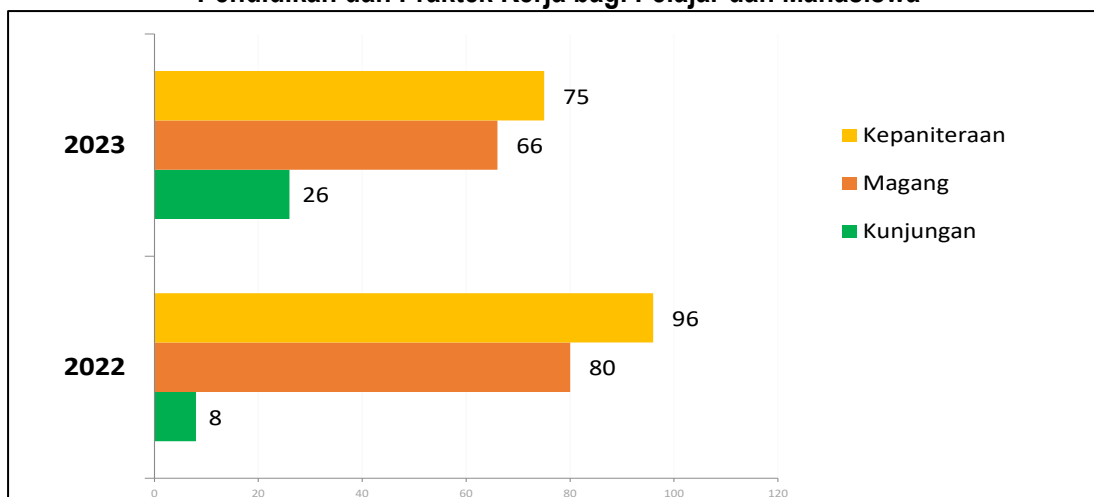
**Grafik 5.56**  
**Pelatihan dan Pendidikan dalam bidang Napza dan HIV/AIDS**



**Grafik 5.57**  
**Penelitian dan Pengembangan dalam bidang Napza**



**Grafik 5.58**  
**Pendidikan dan Praktek Kerja bagi Pelajar dan Mahasiswa**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Jumlah Pelayanan Pendidikan dan Praktek Kerja bagi Pelajar dan Mahasiswa yang terdiri dari Kepaniteraan, Magang dan Kunjungan pada semester I tahun 2023 menurun sebesar 9,24% jika dibandingkan dengan jumlah pelayanan di semester I tahun 2022 atau menurun dari 184 Pelayanan pada semester I tahun 2022 menjadi 167 pelayanan pada semester I tahun 2023.
- Kegiatan Pelayanan Pelatihan dan Pendidikan dalam bidang Napza dan HIV/AIDS yang terdiri dari Studi Banding, Workshop dan Pelatihan pada semester I tahun 2023 menurun sebesar 79,34% jika ibandingkan dengan jumlah pelayanan di semester I tahun 2022 atau menurun dari 121 pelayanan pada semester I tahun 2022 menjadi 25 pelayanan pada semester I tahun 2023.
- Jumlah Pelayanan Penelitian dan Pengembangan dalam bidang Napza yang terdiri dari Presentasi Proposal, Studi Pendahuluan dan Penelitian Instansi pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 75,00% jika dibandingkan dengan jumlah pelayanan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 4 Pelayanan pada semester I tahun 2022 menjadi 7 pelayanan pada semester I tahun 2023.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Belum optimalnya sarana khususnya toilet untuk pengunjung diklat.
- Belum optimalnya jaringan internet
- Kenaikan pola tarif pada rumah sakit ketergantungan obat dirasakan jauh lebih tinggi sehingga mengakibatkan penurunan kegiatan kepaniteraan dan magang pada semester I tahun 2023.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Menata ruangan diklat dan mengusulkan untuk pengadaan sarana berupa toilet untuk pengunjung diklat.
- Berkoordinasi dengan SIMRS untuk memperbaiki jaringan internet.
- Mengkaji kembali pola tarif pola tarif yang berhubungan dengan diklat litbang, karena mahasiswa/peserta merasa tarif tersebut terlalu tinggi.

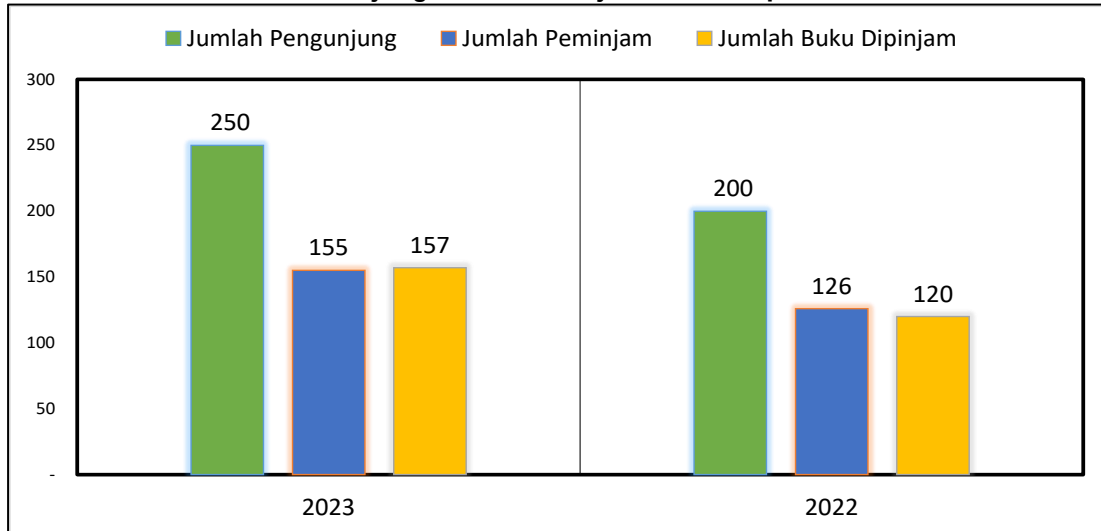
**5.7.1.1. Perpustakaan**

Perpustakaan RS Ketergantungan Obat Jakarta masih bersifat konvensional sederhana (belum e-library), namun sudah menyediakan literatur dan referensi ilmiah dalam bidang pelayanan kesehatan guna memenuhi kebutuhan pendidikan mahasiswa yang sedang melaksanakan pendidikan lapangan/praktikum maupun guna memenuhi kebutuhan penelitian.

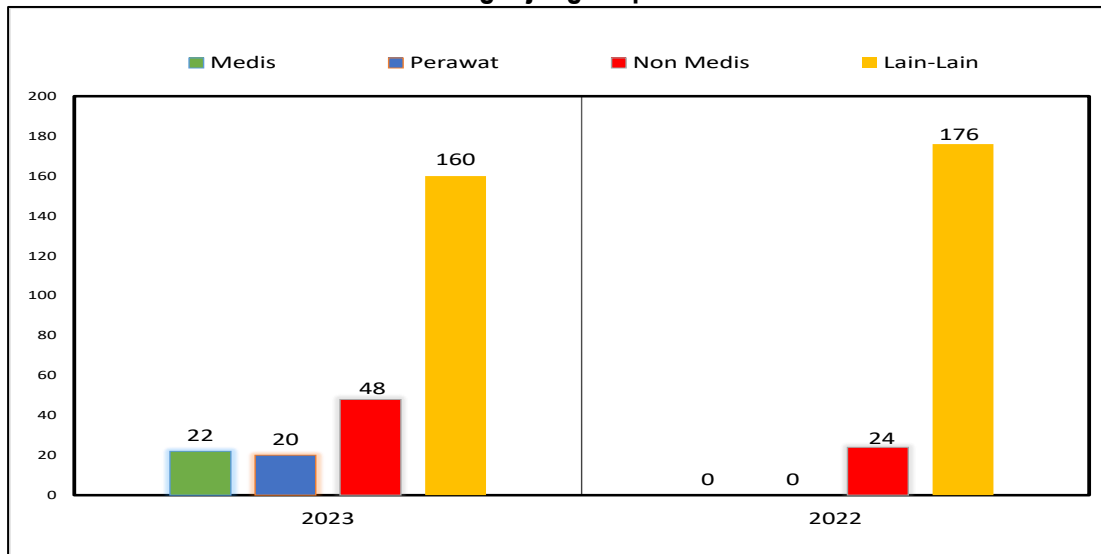
Beragam jenis koleksi yang dimiliki perpustakaan seperti : buku, artikel, bulletin, majalah, jurnal, skripsi, tesis, laporan ilmiah, dan lain-lain

Berikut adalah capaian kinerja Perpustakaan untuk periode semester I tahun 2023:

**Grafik 5.59**  
**Jumlah Kunjungan dan Peminjam Buku Perpustakaan**



**Grafik 5.60**  
**Jenis Pengunjung Perpustakaan**



**Tabel 5.18**  
**Jumlah Buku/Majalah/Jurnal Yang Diterima Perpustakaan**

| NO            | BULAN    | JUMLAH KOLEKSI |           |
|---------------|----------|----------------|-----------|
|               |          | 2023           | 2022      |
| 1             | Januari  | 2              | 4         |
| 2             | Februari | 3              | 4         |
| 3             | Maret    | 0              | 1         |
| 4             | April    | 1              | 3         |
| 5             | Mei      | 2              | 1         |
| 6             | Juni     | 3              | 5         |
| <b>JUMLAH</b> |          | <b>11</b>      | <b>18</b> |

**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Jumlah pengunjung perpustakaan pada semester I tahun 2023 mengalami peningkatan sebesar 25% jika dibandingkan dengan jumlah pengunjung di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 200 pengunjung pada semester I tahun 2022 menjadi 250 pengunjung pada semester I tahun 2023.
- Peminjaman buku pada semester I tahun 2023 juga mengalami peningkatan sebesar 23,02% jika dibandingkan dengan semester I tahun 2022 atau meningkat dari 126 peminjam pada semester I tahun 2022 menjadi 155 peminjam pada semester I tahun 2023.

**Kendala dan Permasalahan :**

- Letak perpustakaan yang berada di gedung belakang yang menyebabkan pengunjung terlalu jauh untuk menjangkaunya.
- Belum optimalnya kenyamanan dalam ruangan baca karena jumlah buku banyak dan ruangan sempit.
- Belum optimalnya pengunjung perpustakaan, pengunjung tetap dari peserta didik, kurangnya pengunjung dari pegawai RSKO.
- Belum optimalnya layanan perpustakaan untuk pasien RSKO Jakarta.

**Rencana Pemecahan Masalah :**

- Mengevaluasi mengenai tata ruang di RSKO Jakarta.
- Menata ulang ruangan perpustakaan
- Mengembangkan layanan perpustakaan berbasis teknologi informasi (perpustakaan digital/ e-library).
- Memberikan layanan perpustakaan bagi pasien RSKO Jakarta

## 5.8. Pencapaian Kinerja Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional

Direktorat Perencanaan, Keuangan, dan Layanan Operasional mempunyai tugas melaksanakan urusan perencanaan, pengelolaan keuangan, dan layanan operasional. Serta menyelenggarakan fungsi sebagai berikut: a. penyusunan rencana, program, dan anggaran; b. pelaksanaan pengembangan strategi layanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; c. pelaksanaan urusan perbendaharaan; pelaksanaan anggaran; e. pelaksanaan urusan akuntansi; f. pengelolaan barang milik negara; g. pengelolaan sistem informasi rumah sakit; h. pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat; i. pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana; j. pemeliharaan dan perbaikan alat medis; k. pengelolaan kesehatan dan keselamatan kerja dan kesehatan lingkungan rumah sakit; l. pengelolaan layanan kebersihan rumah sakit; m. pengelolaan layanan keamanan rumah sakit; n. pelaksanaan urusan tata usaha dan kearsipan; o. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan rumah sakit; dan p. pemantauan, evaluasi, dan pelaporan direktorat.

### 5.8.1. Pencapaian Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSR)

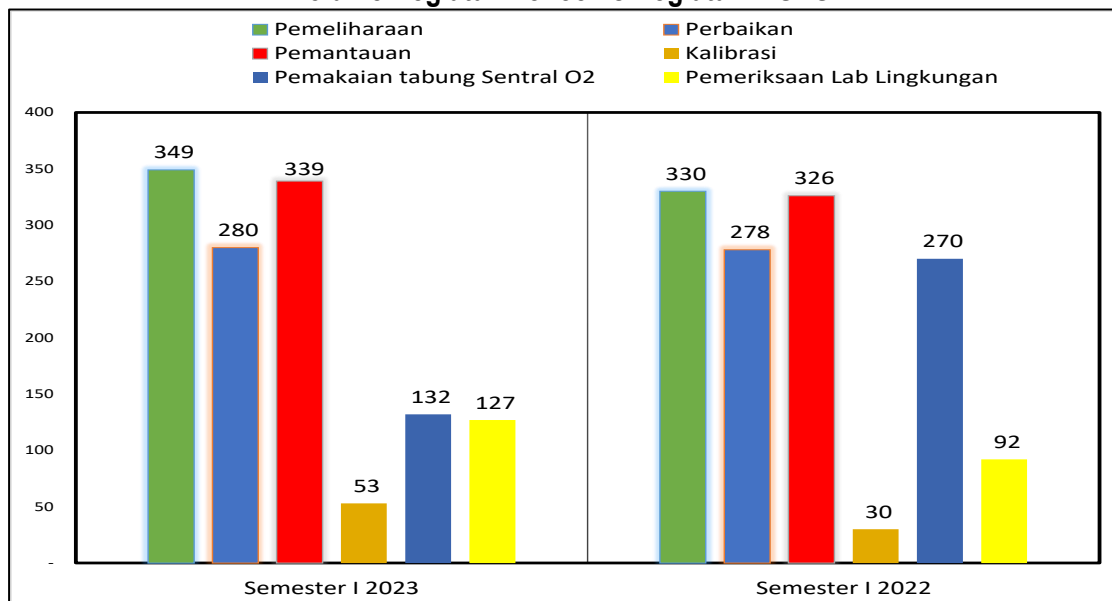
Instalasi Pemeliharaan Sarana/Prasarana Rumah Sakit (IPSR) adalah instalasi yang cukup vital dalam menunjang kelancaran pelayanan di RSKO Jakarta. IPSR berfungsi untuk melaksanakan pemeliharaan (preventif dan kuratif) dan perbaikan sehingga sarana/prasarana senantiasa dalam kondisi baik dan siap pakai dalam memberikan pelayanan yang optimal.

Berikut adalah capaian kinerja Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit untuk periode semester I tahun 2023:

**Tabel 5.19**  
**Jenis Kegiatan Instalasi Pemeliharaan Sarana RSKO Jakarta**  
**Semester I Tahun 2023 dan 2021**

| Bulan        | 2023         |            |            |                                    |                             |                                                  | 2022         |            |            |                                    |                             |                                                  |
|--------------|--------------|------------|------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|--------------|------------|------------|------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
|              | Pemeliharaan | Perbaikan  | Pemantauan | Alat Medis (Pengujian & Kalibrasi) | Pemakaian tabung Sentral O2 | Lain-lain<br>Pemeriksaan Laboratorium Lingkungan | Pemeliharaan | Perbaikan  | Pemantauan | Alat Medis (Pengujian & Kalibrasi) | Pemakaian tabung Sentral O2 | Lain-lain<br>Pemeriksaan Laboratorium Lingkungan |
| Januari      | 42           | 45         | 56         | -                                  | -                           | 2                                                | 42           | 45         | 56         | 20                                 | -                           | 4                                                |
| Februari     | 65           | 42         | 60         | 3                                  | 24                          | 10                                               | 65           | 42         | 60         | -                                  | 270                         | -                                                |
| Maret        | 60           | 52         | 57         | 21                                 | 48                          | 3                                                | 60           | 52         | 57         | 10                                 | -                           | 2                                                |
| April        | 54           | 48         | 49         | -                                  | 60                          | 2                                                | 67           | 47         | 50         | -                                  | -                           | 3                                                |
| Mei          | 62           | 44         | 62         | -                                  | -                           | 108                                              | 40           | 44         | 56         | -                                  | -                           | 74                                               |
| Juni         | 66           | 49         | 55         | 29                                 | -                           | 2                                                | 56           | 48         | 47         | -                                  | -                           | 9                                                |
| <b>Total</b> | <b>349</b>   | <b>280</b> | <b>339</b> | <b>53</b>                          | <b>132</b>                  | <b>127</b>                                       | <b>330</b>   | <b>278</b> | <b>326</b> | <b>30</b>                          | <b>270</b>                  | <b>92</b>                                        |

**Grafik 5.61**  
**Volume Kegiatan Per Jenis Kegiatan IPSRS**



**Kondisi yang dicapai saat ini :**

- Volume kegiatan pemeliharaan pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 5,76% jika dibandingkan dengan volume kegiatan pemeliharaan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 330 kegiatan pemeliharaan pada semester I tahun 2022 menjadi 349 kegiatan pemeliharaan pada semester I tahun 2023.
- Volume kegiatan perbaikan pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 0,72% jika dibandingkan dengan volume perbaikan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 278 kegiatan perbaikan pada semester I tahun 2022 menjadi 280 kegiatan perbaikan pada semester I tahun 2023.
- Volume kegiatan pemantauan pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 3,99% jika dibandingkan dengan volume kegiatan pemantauan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 326 kegiatan pemantauan pada semester I tahun 2022 menjadi 339 kegiatan pemantauan pada semester I tahun 2023.
- Volume kegiatan kalibrasi pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 76,67% jika dibandingkan dengan volume kegiatan kalibrasi di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 30 kegiatan kalibrasi pada semester I tahun 2022 menjadi 50 kegiatan kalibrasi pada semester I tahun 2023.
- Volume kegiatan pemakaian tabung sentral O2 pada semester I tahun 2023 menurun, yaitu sebesar 51,11% jika dibandingkan dengan volume kegiatan pemakaian tabung sentral O2 di semester I tahun 2022 atau menurun dari 270 kegiatan pemakaian tabung sentral O2 di semester I tahun 2022 atau menurun dari 270 kegiatan pemakaian tabung sentral O2 di semester I tahun 2022.



sentral O2 pada semester I tahun 2022 menjadi 132 kegiatan pemakaian tabung sentral O2 pada semester I tahun 2023.

- Volume kegiatan pemeriksaan lab lingkungan pada semester I tahun 2023 meningkat sebesar 38,04% jika dibandingkan dengan volume kegiatan pemeriksaan lab lingkungan di semester I tahun 2022 atau meningkat dari 92 kegiatan pemeriksaan lab lingkungan di semester I tahun 2022 menjadi 127 kegiatan pemeriksaan lab lingkungan di semester I tahun 2023.

#### **Kendala dan Permasalahan**

- Adanya kerusakan ruang Kontainer PCR, pada sistem HVAC yang mengakibatkan pemeriksaan PCR / peralatan PCR tidak dapat dioperasikan
- Adanya kerusakan Refrigerator Jenazah, dimana kerusakannya berupa kerusakan sistem pendingin refrigerator (Biaya perbaikan sudah tidak Efisien)
- Pada triwulan I tahun 2023 Alat Panoramic XRay belum dapat dioperasikan dikarenakan izin operasional alat (Bapeten) expired
- Dalam hal pencatatan pelaporan, staf belum 100% mencatat dan merekap kegiatan Pemeliharaan, Perbaikan dan Pemantauan, baik Sarana, Prasarana maupun Alat Medik. Hal ini dikarenakan sistem pencatatan belum menggunakan digital sehingga terkadang lembar catatan/ pelaporan hilang.

#### **Rencana Pemecahan Masalah :**

- Mengusulkan kegiatan pemeliharaan/ perbaikan Kontainer Lab PCR
- Mengusulkan penggantian unit baru untuk refrigerator jenazah jika pelayanan terkait penyimpanan jenazah tetap dilakukan
- Proses perpanjangan izin operasional alat panoramic Xray.
- Dibuatkan tools sederhana berupa sistem excel sehingga setiap petugas dapat menginput setiap kegiatan baik itu pemeliharaan, perbaikan dan pemantauan sarana, prasarana dan alat secara bertahap dapat dikembangkan sistem aplikasi digital.

#### **5.8.2. Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran Rumah Sakit**

Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS merupakan Instalasi yang melakukan kegiatan Promosi Kesehatan di Rumah Sakit dengan tujuan untuk meningkatkan pemahaman pasien, keluarga dan pengunjung rumah sakit tentang penyakit dan pencegahannya serta menggugah kesadaran mereka agar dapat berperan positif dalam usaha penyembuhan dan pencegahan penyakit tersebut.

Berikut adalah capaian kinerja Instalasi Promosi Kesehatan RS untuk periode semester I tahun 2023 :

1. Kegiatan Hari Anti Narkoba Internasional (HANI)

Hari Anti Narkotika International (HANI) diperingati tiap tahun pada tanggal 26 Juni untuk memberikan gambaran dan informasi mengenai bahaya NAPZA serta mengajak masyarakat agar berperan aktif dalam mencegah penyalahgunaan NAPZA. Untuk semester I tahun 2023 ini diadakan untuk masyarakat umum yang bertempat di Ruang Limbah Sungai (RLS) Pondok Ranggon Taman Ganceng Cibubur. Kegiatan ini dilaksanakan pada hari Minggu tanggal 25 Juni 2023. Kegiatan ini bekerjasama dengan karang taruna Kelurahan Pondok Ranggon. Adapun kegiatan yaitu penyuluhan tentang Napza dan sosialisasi Bantuan Hidup Dasar (BHD) untuk masyarakat. Maksud dan tujuan dilaksanakan kegiatan ini untuk masyarakat umum adalah supaya dapat meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat terhadap bahaya NAPZA dan dapat memberikan pertolongan pertama pada keadaan darurat.



2. Kegiatan Promotif dan Preventif RSKO

Kegiatan Penyuluhan / Edukasi untuk pasien, masyarakat umum dan Pegawai. Kegiatan penyuluhan / edukasi untuk pasien diberikan untuk pasien Rehabilitasi yang rutin diadakan setiap hari Selasa yang disebut dengan kegiatan Profesional sesi. Untuk masyarakat umum dan pegawai edukasi diberikan melalui media sosial yang RSKO punya

seperti Facebook, Instagram ataupun WhatsApp. Selain itu edukasi langsung yang diberikan yaitu melalui siaran pemancar (paging) di RSKO Jakarta.

Selama periode semester I tahun 2023 jumlah penyuluhan yang sudah dilakukan baik dalam bentuk artikel, flayer maupu video sudah sebanyak 59 (lima puluh sembilan) judul baik dalam bentuk artikel, flayer, pagging maupun video..

3. Kegiatan Jumat Bersih dan Sehat (Olahraga Pasien, Karyawan dan Masyarakat Sekitar RSKO Jakarta)

Jadwal kegiatan olahraga sehat untuk pasien, karyawan dan masyarakat sekitar yaitu senam, yoga, badminton dan futsal dan kegiatan tersebut dilakukan setiap hari Jum'at.

Adapun kegiatan Jumat Sehat yang bisa dilaksanakan yaitu:

a. **Futsal**

Pelaksanaan kegiatan futsal pada periode semester I tahun 2023 dilaksanakan di lapangan futsal di luar RSKO.



b. **Senam untuk pasien Rehabilitasi**

Kegiatan senam untuk pasien rehabilitasi dilaksanakan dengan memanggil instruktur dari luar.





c. **Badminton**

Pada semester I tahun 2023, kegiatan badminton ini dilaksanakan di luar RSKO Jakarta.



d. **Senam untuk pegawai**

Senam untuk pegawai dilaksanakan di ruang konferensi dengan memanggil instruktur dari luar.



#### 4. Kegiatan Pemasaran Rumah Sakit

Dalam rangka memperluas jaringan pencapaian pasien/pengunjung rumah sakit, maka Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS mengirimkan surat penawaran pelayanan RSKO ke instansi-instansi sekitar. Surat penawaran yang sudah terkirim yaitu :

| No | Bulan    | Jumlah surat yang dikirim |
|----|----------|---------------------------|
| 1  | Januari  | -                         |
| 2  | Februari | 1                         |
| 3  | Maret    | 1                         |
| 4  | April    | 1                         |
| 5  | Mei      | 2                         |
| 6  | Juni     | 1                         |

#### 5. Pengadaan Bahan / Media Promosi

Selama semester I tahun 2023, Instalasi Promosi Kesehatan dan Pemasaran RS menyediakan beberapa bahan promosi yang digunakan untuk kebutuhan kegiatan dan kebutuhan informasi layanan ataupun kesehatan di lingkungan RSKO Jakarta diantaranya:

- Buku memo
- Pulpen
- Botol minum
- Mug/gelas
- Tas spounbun
- Bantal leher
- Handuk
- Payung
- Kalender

### 5.8.3. Realisasi Anggaran

Target pendapatan tahun 2023 adalah sebesar Rp30.250.000.000,- Realisasi pendapatan pada semester I tahun 2023 ini adalah sebesar Rp11.252.705.399,- atau sudah tercapai 37,20% dari target.

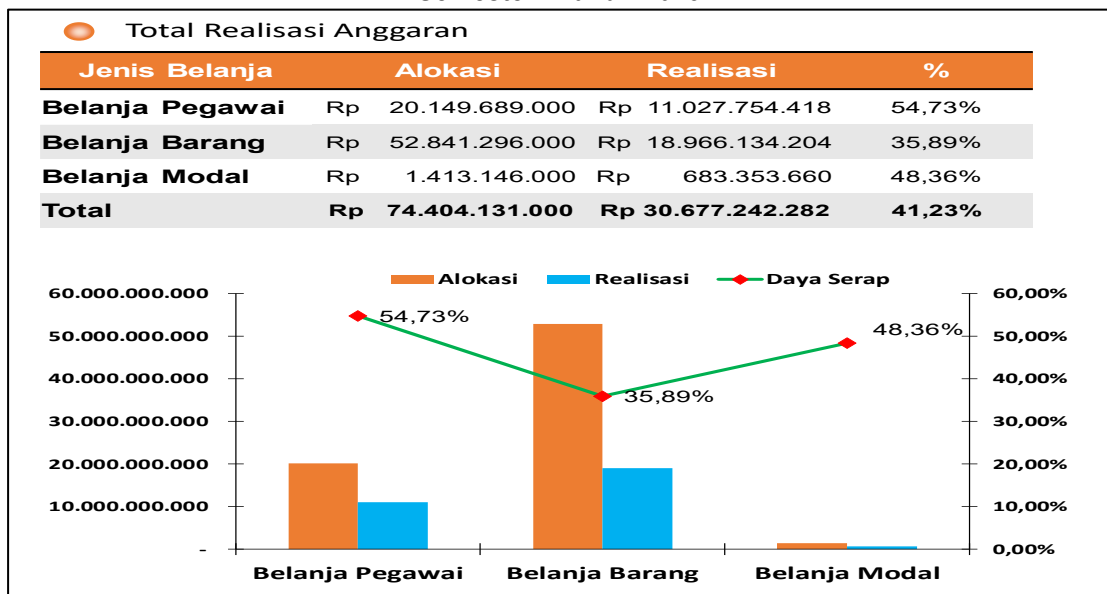
Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi didukung oleh anggaran Tahun 2023 sebesar **Rp74.404.131.000,-** terdiri dari:

Rupiah Murni (RM) Rp44.154.131.000,-

BLU Rp30.250.000.000,-

Secara keseluruhan dari total Pagu Anggaran sebesar **Rp74.404.131.000,-** yang terealisasi sampai dengan akhir semester I tahun 2023 adalah sebesar **Rp30.677.242.282,-** atau tercapai **41,23%** dari pagu anggaran yang dialokasikan. Rincian pagu dan realisasi anggaran TA 2023 adalah sebagai berikut:

**Grafik 5.62**  
**Total Alokasi dan Realisasi Anggaran**  
**Semester I Tahun 2023**



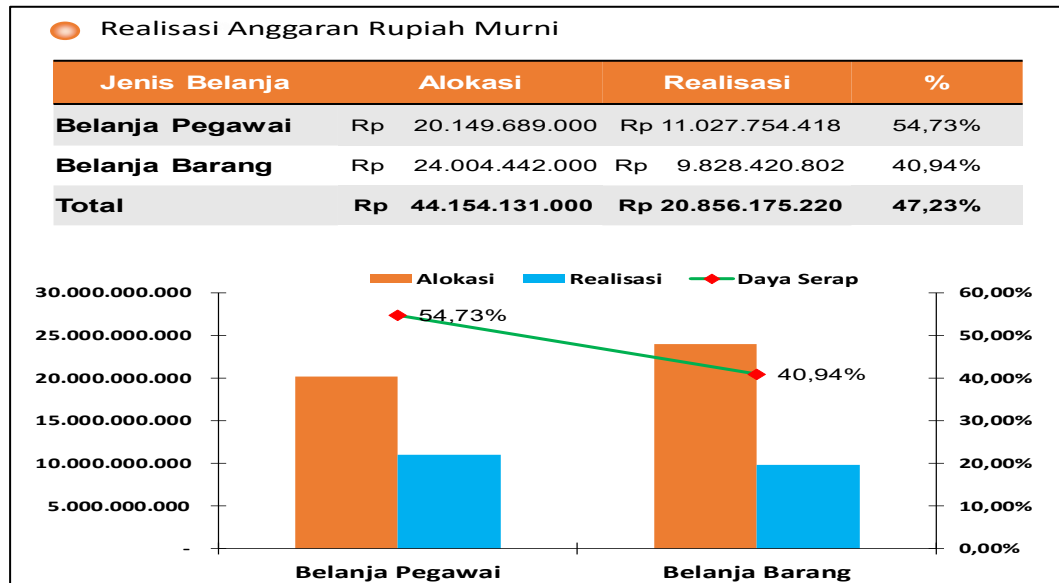
Belanja pegawai terealisasi sebesar Rp11.027.754.418,- atau mencapai 54,73% dari pagu belanja pegawai yang dialokasikan. Belanja barang terealisasi sebesar Rp18.966.134.204,- atau mencapai 35,89% dari pagu belanja barang yang dialokasikan. Sedangkan untuk belanja modal terealisasi sebesar Rp1.413.146.000,- atau mencapai 48,36% dari pagu belanja modal yang dialokasikan.

## Realisasi Anggaran Per Sumber Dana

Adapun rincian realisasi anggaran per sumber dana adalah sebagai berikut:

- **Sumber Dana Rupiah Murni**

**Grafik 5.63**  
**Alokasi dan Realisasi Anggaran Rupiah Murni**  
**Semester I Tahun 2023**



Penggunaan anggaran yang berasal dari Rupiah Murni dirinci sebagai berikut:

### **BELANJA PEGAWAI**

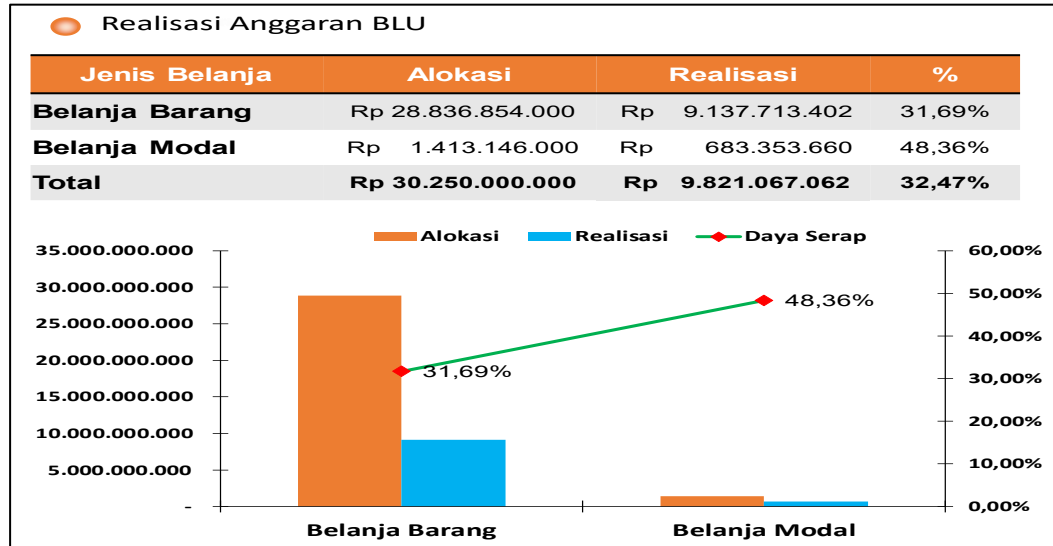
Pagu Belanja Pegawai diperuntukkan untuk pembayaran Gaji Pokok dan Tunjangan, Pembulatan Gaji PNS, Tunjangan Suami/Istri PNS, Tunjangan Anak, Tunjangan Struktural PNS, Tunjangan Fungsional PNS, Tunjangan PPh PNS, Tunjangan Beras PNS, Uang Makan PNS, Belanja Tunjangan Kompensasi Kerja PNS, Tunjangan Umum PNS dan Uang Lembur. Dari pagu belanja pegawai sebesar Rp20.149.689.000,- yang terealisasi hingga akhir semester I tahun 2023 adalah sebesar 54,73% atau mencapai Rp11.027.754.418,-.

### **BELANJA BARANG**

Pagu Belanja Barang diperuntukan penggunaannya untuk layanan perkantoran, belanja pemeliharaan, belanja barang persediaan, belanja perjalanan, belanja langganan daya dan jasa serta belanja barang dan jasa lainnya. Dari pagu belanja barang sebesar Rp24.004.442.000,- sudah terealisasi hingga akhir semester I tahun 2023 adalah sebesar 40,94% atau mencapai Rp9.828.420.802,-.

- Sumber Dana BLU

**Grafik 5.64**  
**Alokasi dan Realisasi Anggaran BLU**  
**Semester I Tahun 2023**



Penggunaan anggaran yang berasal dari BLU dirinci sebagai berikut :

#### **BELANJA BARANG**

Pagu Belanja Barang sumber dana BLU penggunaannya adalah untuk pembayaran remunerasi, belanja belanja gaji & tunjangan, belanja barang, belanja jasa dan belanja perjalanan. Dari pagu belanja barang sebesar Rp28.836.854.000,- sudah terealisasi hingga akhir semester I tahun 2023 adalah sebesar 31,69% atau mencapai Rp9.137.713.402,-.

#### **BELANJA MODAL**

Pagu Belanja Modal diperuntukan penggunaannya untuk perolehan aset tetap dan aset lainnya yang memberi manfaat lebih dari satu periode akuntansi. Dari pagu belanja modal sebesar Rp1.413.146.000,- sudah terealisasi hingga akhir semester I tahun 2023 adalah sebesar 48,36% atau mencapai Rp683.353.660,-.



#### **5.8.4. Upaya untuk meraih predikat Wajar Tanpa Pengecualian (WTP) dan Zona Integritas**

Dalam rangka meraih predikat WTP dan zona integritas, upaya yang dilakukan oleh Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta adalah:

1. Membangun komitmen dan integritas pegawai dibuktikan dengan pembentukan Unit Pengendalian Gratifikasi (UPG), dan RSKO telah ditetapkan sebagai unit kerja yang telah memenuhi persyaratan menuju Wilayah Bebas dari Korupsi tahun 2020 melalui penetapan Keputusan Menteri Kesehatan Monor HK.01.07/MENKES/6590/2020 tentang Penetapan Unit Kerja di Lingkungan Kemenkes yang telah memenuhi persyaratan menuju WBK;
2. Perbaikan dan Perencanaan Anggaran;
3. Pembenahan Pengelolaan Kas/Sistem Pembukuan/akuntansi;
4. Perbaikan Pengelolaan Hibah Langsung;
5. Penataan Rekening;
6. Peningkatan Kualitas Pengadaan Barang/Jasa;
7. Pembenahan Penatausahaan Barang Milik Negara (BMN);
8. Peningkatan Kapasitas SDM;
9. Peningkatan Monitoring dan Evaluasi;
10. Perbaikan Penyusunan dan Penyampaian Laporan Keuangan;
11. Peningkatan Kualitas Pengawasan oleh atasan (Waskat); serta
12. Percepatan Penyelesaian Tindak lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) secara berkala.

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

Laporan ini secara umum menunjukkan pencapaian kinerja dari bulan Januari sampai dengan Juni tahun 2023 sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta. Sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang mengemban tugas pokok melaksanakan pelayanan usaha kesehatan jiwa, pencegahan dan pemulihan untuk penderita ketergantungan obat dan penyalahgunaan obat, sesuai dengan peraturan dan perundang – undangan yang berlaku.

Capaian IKU RSB pada semester I tahun 2023 berdasarkan Pedoman Penilaian IKU RSB RSKO Nomor HK.02.03/XXIII.2/1911/2023 tanggal 31 Maret 2023, tercapai 89,00%. Dari 30 indikator telah tercapai optimal, 9 indikator merupakan indikator tahunan sehingga capaiannya belum bisa dinilai serta 7 indikator perlu untuk lebih ditingkatkan nilai capaiannya, yaitu indikator Persentase perbandingan antara kas dan setara kas terhadap kewajiban jangka pendek, Pasien Ketergantungan Stimulan yang Mengalami Perbaikan Kualitas Hidup, Kepatuhan terhadap Clinical Pathway, Ketepatan waktu visite dokter, Kepatuhan penggunaan APD, Persentase kehandalan sarana, prasarana dan fasilitas dan Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar.

Capaian Kinerja Pelayanan, untuk kunjungan rawat jalan pada semester I tahun 2023 terdapat sebanyak 18.607 kunjungan pasien dan rawat inap sebanyak 561 kunjungan dan untuk Jumlah Hari Rawat Inap sebanyak 15.280 hari sedangkan untuk BOR dengan nilai 84,1% masih dibawah nilai ideal yaitu 60-80%.

Capaian Kinerja Keuangan, semester I tahun 2023 melalui program pembinaan upaya kesehatan dengan total pagu anggaran sebesar Rp74.404.131.000,- yang terdiri dari Rupiah Murni (RM) Rp44.154.131.000,- dengan penyerapan anggaran sebesar Rp20.856.175.220,- atau 47,23% dan Badan Layanan Umum (BLU) Rp30.250.000.000,- dengan penyerapan sebesar Rp9.821.067.062,- atau 32,47% sedangkan untuk pendapatan dari target Rp30.250.000.000,- tercapai Rp11.252.705.399,- atau 37,20%.

Berdasarkan hasil perhitungan indikator kinerja keuangan, kinerja layanan serta kinerja mutu dan manfaat bagi masyarakat total nilai skor kinerja semester I tahun 2023 sebesar **85,19** maka tingkat kesehatan Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta digolongkan dalam kelompok kriteria RS **BAIK “AA”**.



Berdasarkan hasil capaian kinerja semester I tahun 2023, maka ada beberapa hal yang perlu dilakukan, antara lain:

1. Mengoptimalkan pendapatan BLU melalui upaya penagihan piutang tepat waktu, menambah jejaring RSKO melalui kerjasama dengan instansi lain, diversifikasi layanan dan peningkatan promosi layanan dengan memanfaatkan berbagai media promosi serta melibatkan seluruh karyawan.
2. Melakukan pelayanan sesuai standar mutu yang telah ditetapkan dan memastikan mutu layanan tetap terjaga dengan penerapan protokol kesehatan sehingga masyarakat merasa aman dan merasa puas atas layanan yang diberikan oleh rumah sakit.
3. SOP diseluruh aspek layanan maupun pendukung layanan harus dilaksanakan dan evaluasi terhadap SOP dilakukan secara berkesinambungan.

## **LAMPIRAN**





KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA



**KARS**

# SERTIFIKAT AKREDITASI RUMAH SAKIT

Nomor : KARS-SERT/1089/III/2023

Diberikan Kepada :

**RS Ketergantungan Obat**

Jl. Lapangan Tembak No 75 Kelurahan Cibubur Kecamatan Ciracas

Jakarta Timur 13720

Provinsi : DKI JAKARTA

TINGKAT KELULUSAN :

**PARIPURNA**



Berlaku : s/d 13 Maret 2027

Jakarta, 08 Mei 2023

Mengetahui,



Ditandatangani secara elektronik oleh :  
Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan  
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia  
dr. Azhar Jaya, SKM, MARS



Ditandatangani secara elektronik oleh :  
Ketua Eksekutif  
Komisi Akreditasi Rumah Sakit  
(KARS)  
Dr. dr. Sutoto, M.Kes, FISQua



## I. LAPORAN REALISASI ANGGARAN

### RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA LAPORAN REALISASI ANGGARAN UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 30 JUNI 2023 DAN 30 JUNI 2022

*(Dalam Rupiah)*

| URAIAN                        | CATATAN    | 2023                  |                       | % thd Angg   | 2022                  |
|-------------------------------|------------|-----------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|
|                               |            | ANGGARAN              | REALISASI             |              | REALISASI             |
| <b>PENDAPATAN</b>             |            |                       |                       |              |                       |
| Penerimaan Negara Bukan Pajak | B.1        | 30.250.000.000        | 11.252.705.399        | 37,20        | 10.691.945.779        |
| <b>JUMLAH PENDAPATAN</b>      |            | <b>30.250.000.000</b> | <b>11.252.705.399</b> | <b>37,20</b> | <b>10.691.945.779</b> |
| <b>BELANJA</b>                | <b>B.2</b> |                       |                       |              |                       |
| Belanja Pegawai               | B.3        | 20.149.689.000        | 11.027.754.418        | 54,73        | 9.684.726.484         |
| Belanja Barang                | B.4        | 52.841.296.000        | 18.966.134.204        | 35,89        | 17.678.471.849        |
| Belanja Modal                 | B.5        | 1.413.146.000         | 683.353.660           | 48,36        | 387.591.842           |
| <b>JUMLAH BELANJA</b>         |            | <b>74.404.131.000</b> | <b>30.677.242.282</b> | <b>41,23</b> | <b>27.750.790.175</b> |



## II. NERACA

**RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA**  
**NERACA**  
**PER 30 JUNI 2023 DAN 31 DESEMBER 2022**

(Dalam Rupiah)

| URAIAN                                                                        | CATATAN | 30 JUNI 2023     | 31 DESEMBER 2022 |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|------------------|
| <b>ASET</b>                                                                   |         |                  |                  |
| <b>ASET LANCAR</b>                                                            |         |                  |                  |
| Kas di Bendahara Pengeluaran                                                  | C.1     | 300.000.000      | 0                |
| Kas Lainnya dan Setara Kas                                                    | C.2     | 372.964.940      | 126.528.310      |
| Kas pada Badan Layanan Umum                                                   | C.3     | 5.329.952.251    | 1.411.577.060    |
| Investasi Jangka Pendek-Badan Layanan Umum                                    | C.4     | 26.100.000.000   | 28.600.000.000   |
| Piutang Bukan Pajak                                                           | C.5     | 894.041          | -                |
| Piutang Bukan Pajak (Netto)                                                   |         | 894.041          | -                |
| Piutang dari kegiatan Operasional Badan Layanan Umum                          | C.6     | 814.763.489      | 950.085.105      |
| Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari kegiatan Operasional BLU     | C.7     | (341.992.890)    | (287.734.283)    |
| Piutang dari kegiatan Operasional BLU (Netto)                                 |         | 472.770.599      | 662.350.822      |
| Piutang dari Kegiatan Non Operasional Badan Layanan Umum                      | C.8     | 67.622.533       | 66.884.311       |
| Penyisihan Piutang Tidak Tertagih - Piutang dari kegiatan Non Operasional BLU | C.9     | (1.858.114)      | (334.422)        |
| Piutang dari Kegiatan Non Operasional BLU (Netto)                             |         | 65.764.419       | 66.549.889       |
| Persediaan                                                                    | C.10    | 7.450.462.800    | 7.382.244.504    |
| Persediaan Yang Belum Diregister                                              | C.11    | 1.121.053.867    |                  |
| Jumlah Aset Lancar                                                            |         | 41.213.862.917   | 38.249.250.585   |
| <b>ASET TETAP</b>                                                             |         |                  |                  |
| Peralatan dan Mesin                                                           | C.12    | 92.598.763.937   | 92.170.772.097   |
| Gedung dan Bangunan                                                           | C.13    | 72.891.191.438   | 72.891.191.438   |
| Jalan Irigasi dan Jaringan                                                    | C.14    | 3.491.967.200    | 3.491.967.200    |
| Aset Tetap Lainnya                                                            | C.15    | 246.601.830      | 246.601.830      |
| Konstruksi Dalam Pengerjaan                                                   | C.16    | 2.632.768.327    | 2.632.768.327    |
| Akumulasi Penyusutan Aset Tetap                                               | C.17    | (84.088.600.552) | (78.912.625.081) |
| Jumlah Aset Tetap                                                             |         | 87.772.692.180   | 92.520.675.811   |
| <b>ASET LAINNYA</b>                                                           |         |                  |                  |
| Aset Tidak Berwujud                                                           | C.18    | 720.663.500      | 720.663.500      |
| Aset Lain-Lain                                                                | C.19    | 1.332.889.920    | 560.528.100      |
| Akumulasi Penyusutan dan Amortisasi Aset Lainnya                              | C.20    | (1.923.160.920)  | (1.108.122.850)  |
| Jumlah Aset Lainnya                                                           |         | 130.392.500      | 173.068.750      |
| <b>JUMLAH ASET</b>                                                            |         | 129.116.947.597  | 130.942.995.146  |
| <b>KEWAJIBAN</b>                                                              |         |                  |                  |
| <b>KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>                                                |         |                  |                  |
| Utang kepada Pihak Ketiga                                                     | C.21    | 1.608.103.015    | 126.528.310      |
| Utang yang Belum Ditagihkan                                                   | C.22    | 1.052.354.761    | -                |
| Pendapatan Diterima Dimuka                                                    | C.23    | 85.060.828       | 171.684.236      |
| Uang Muka dari KPPN                                                           | C.24    | 300.000.000      | -                |
| <b>JUMLAH KEWAJIBAN</b>                                                       |         | 3.045.518.604    | 298.212.546      |
| <b>EKUITAS</b>                                                                |         |                  |                  |
| Ekuitas                                                                       | C.25    | 126.071.428.993  | 130.644.782.600  |
| <b>JUMLAH EKUITAS</b>                                                         |         | 126.071.428.993  | 130.644.782.600  |
| <b>JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS</b>                                           |         | 129.116.947.597  | 130.942.995.146  |

### III. LAPORAN OPERASIONAL

#### RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA LAPORAN OPERASIONAL UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 30 JUNI 2023 DAN 30 JUNI 2022

(Dalam Rupiah)

| URAIAN                                                  | CATATAN    | 30 JUNI 2023           | 30 JUNI 2022            |
|---------------------------------------------------------|------------|------------------------|-------------------------|
| <b>KEGIATAN OPERASIONAL</b>                             |            |                        |                         |
| <b>PENDAPATAN</b>                                       | <b>D.1</b> |                        |                         |
| Pendapatan Alokasi APBN                                 | D.1.1      | 20.856.175.220         | 17.572.329.045          |
| Pendapatan Jasa layanan dari Masyarakat                 | D.1.2      | 9.169.062.941          | 7.719.732.241           |
| Pendapatan Jasa layanan dari Entitas Lain               | D.1.3      | 1.394.107.854          | 911.138.750             |
| Pendapatan Hibah BLU                                    | D.1.4      | 233.001.801            | -                       |
| Pendapatan Hasil Kerja Sama BLU                         | D.1.5      | -                      | -                       |
| Pendapatan BLU Lainnya                                  | D.1.6      | 675.363.762            | 625.686.702             |
| <b>JUMLAH PENDAPATAN</b>                                |            | <b>32.327.711.578</b>  | <b>26.828.886.738</b>   |
| <b>BEBAN</b>                                            | <b>D.2</b> |                        |                         |
| Beban Pegawai                                           | D.2.1      | 19.796.090.471         | 21.190.786.446          |
| Beban Persediaan                                        | D.2.2      | 1.604.088.277          | 2.900.240.506           |
| Beban Barang dan Jasa                                   | D.2.3      | 6.952.186.329          | 5.529.645.273           |
| Beban Pemeliharaan                                      | D.2.4      | 1.646.138.634          | 1.534.089.545           |
| Beban Perjalanan Dinas                                  | D.2.5      | 1.280.971.301          | 804.406.148             |
| Beban Barang untuk Diserahkan kepada Masyarakat         | D.2.6      | 148.596.084            | -                       |
| Beban Penyusutan dan Amortisasi                         | D.2.7      | 5.880.227.825          | 6.068.931.708           |
| Beban Penyisihan Piutang Tak Tertagih                   | D.2.8      | 55.782.299             | (401.637.255)           |
| <b>JUMLAH BEBAN</b>                                     |            | <b>37.364.081.220</b>  | <b>37.626.462.371</b>   |
| <b>SURPLUS (DEFISIT) DARI KEGIATAN OPERASIONAL</b>      | <b>D.3</b> | <b>(5.036.369.642)</b> | <b>(10.797.575.633)</b> |
| <b>KEGIATAN NON OPERASIONAL</b>                         | <b>D.4</b> |                        |                         |
| Surplus/(Defisit) Pelepasan Aset Non lancar             |            | -                      | -                       |
| Surplus/(Defisit) Dari Kegiatan Non Operasional Lainnya |            | (4.470.205)            | 398.442.067             |
| <b>SURPLUS /DEFISIT DARI KEGIATAN NON OPERASIONAL</b>   |            | <b>(4.470.205)</b>     | <b>398.442.067</b>      |
| <b>SURPLUS/DEFISIT SEBELUM POS LUAR BIASA</b>           |            | <b>(5.040.839.847)</b> | <b>(10.399.133.566)</b> |
| <b>POS LUAR BIASA</b>                                   |            | -                      | -                       |
| <b>SURPLUS/DEFISIT LO</b>                               | <b>D.5</b> | <b>(5.040.839.847)</b> | <b>(10.399.133.566)</b> |



#### IV. LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS

### RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA LAPORAN PERUBAHAN EKUITAS UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 30 JUNI 2023 DAN 30 JUNI 2022

(Dalam Rupiah)

| URAIAN                                                                                                                                              | CATATAN | 30 JUNI 2023    | 30 JUNI 2022     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|------------------|
| EKUITAS AWAL                                                                                                                                        | E.1     | 130.644.782.600 | 142.979.946.358  |
| SURPLUS/DEFISIT LO                                                                                                                                  | E.2     | (5.040.839.847) | (10.399.133.566) |
| KOREKSI YANG MENAMBAH/MENGURANGI EKUITAS<br>YANG ANTARA LAIN BERASAL DARI DAMPAK<br>KUMULATIF PERUBAHAN KEBIJAKAN AKUNTANSI /<br>KESALAHAN MENDASAR | E.3     | (41.688.044)    | (695.117.987)    |
| PENYESUAIAN NILAI ASET                                                                                                                              | E.3.1   | -               | -                |
| KOREKSI NILAI PERSEDIAAN                                                                                                                            | E.3.2   | -               | -                |
| KOREKSI ATAS REKLASIFIKASI                                                                                                                          | E.3.3   | -               | -                |
| SELISIH REVALUASI ASET TETAP                                                                                                                        | E.3.4   | -               | -                |
| KOREKSI NILAI ASET TETAP NON REVALUASI                                                                                                              | E.3.5   | -               | (375.161.842)    |
| KOREKSI LAIN-LAIN                                                                                                                                   | E.3.6   | (41.688.044)    | (319.956.145)    |
| TRANSAKSI ANTAR ENTITAS                                                                                                                             | E.4     | 509.174.284     | -                |
| KENAIKAN/PENURUNAN EKUITAS                                                                                                                          |         | (4.573.353.607) | (11.094.251.553) |
| EKUITAS AKHIR                                                                                                                                       | E.5     | 126.071.428.993 | 131.885.694.805  |

# V. LAPORAN ARUS KAS

## RUMAH SAKIT KETERGANTUNGAN OBAT JAKARTA LAPORAN ARUS KAS UNTUK PERIODE YANG BERAKHIR 30 JUNI 2023 DAN 30 JUNI 2022

(Dalam Rupiah)

| URAIAN                                           | CATATAN | 30 JUNI 2023   | 30 JUNI 2022   |
|--------------------------------------------------|---------|----------------|----------------|
| <b>AKTIVITAS OPERASI</b>                         |         |                |                |
| ARUS MASUK KAS OPERASI                           |         |                |                |
| Pendapatan dari Alokasi APBN                     |         | 20.856.175.220 | 17.572.329.045 |
| Pendapatan dari Jasa Layanan kepada Masyarakat   |         | 9.065.530.211  | 7.676.644.926  |
| Pendapatan dari Jasa Layanan kepada Entitas Lain |         | 1.632.962.200  | 2.369.088.280  |
| Pendapatan dari Hasil Kerja Sama                 |         | -              | -              |
| Pendapatan dari Hibah                            |         | -              | -              |
| Pendapatan Usaha Lainnya                         |         | 540.949.842    | 638.232.702    |
| Pendapatan dari Pengembalian Belanja BLU TAYL    |         | -              | -              |
| Pendapatan PNBPN Umum                            |         | 13.263.146     | 7.979.871      |
| JUMLAH ARUS MASUK KAS OPERASI                    |         | 32.108.880.619 | 28.264.274.824 |
| ARUS KELUAR KAS OPERASI                          |         |                |                |
| Pembayaran Pegawai                               |         | 18.560.952.396 | 18.676.953.978 |
| Pembayaran Barang                                |         | 1.580.215.068  | 1.302.302.791  |
| Pembayaran Jasa                                  |         | 3.546.636.153  | 3.433.586.553  |
| Pembayaran Barang Menghasilkan Persediaan        |         | 2.747.521.638  | 1.932.875.244  |
| Pembayaran Pemeliharaan                          |         | 1.267.551.930  | 973.588.119    |
| Pembayaran Perjalanan Dinas                      |         | 1.255.687.800  | 804.406.148    |
| Pembayaran Barang dan Jasa Kekhususan BLU        |         | 1.035.323.637  | 239.485.500    |
| Penyetoran PNBPN ke Kas Negara                   |         | 13.263.146     | 7.979.871      |
| JUMLAH ARUS KELUAR KAS                           |         | 30.007.151.768 | 27.371.178.204 |
| ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS OPERASI           |         | 2.101.728.851  | 893.096.620    |
| <b>AKTIVITAS INVESTASI</b>                       |         |                |                |
| ARUS MASUK KAS INVESTASI                         |         |                |                |
| Penjualan atas Peralatan dan Mesin               |         | -              | -              |
| Penjualan atas Aset Tetap Lainnya/Aset Lainnya   |         | -              | -              |



|                                                |  |                |                |
|------------------------------------------------|--|----------------|----------------|
| JUMLAH ARUS MASUK KAS INVESTASI                |  | -              | -              |
| ARUS KELUAR KAS INVESTASI                      |  |                |                |
| Perolehan atas Tanah                           |  | -              | 0              |
| Perolehan atas Peralatan dan Mesin             |  | 683.353.660    | 387.591.842    |
| Perolehan atas Gedung dan Bangunan             |  | -              | -              |
| Perolehan atas Aset Tetap Lainnya/Aset Lainnya |  | -              | -              |
| JUMLAH ARUS KELUAR KAS                         |  | 683.353.660    | 387.591.842    |
| ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS INVESTASI       |  | (683.353.660)  | (387.591.842)  |
| AKTIVITAS PENDANAAN                            |  |                |                |
| ARUS MASUK KAS PENDANAAN                       |  | -              | -              |
| ARUS KELUAR KAS PENDANAAN                      |  | -              | -              |
| ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS PENDANAAN       |  | -              | -              |
| AKTIVITAS TRANSITORIS                          |  |                |                |
| ARUS MASUK KAS TRANSITORIS                     |  |                |                |
| Penerimaan Perhitungan Pihak Ketiga            |  | 474.747.692    | 423.304.121    |
| JUMLAH ARUS MASUK KAS TRANSITORIS              |  | 474.747.692    | 423.304.121    |
| ARUS KELUAR KAS TRANSITORIS                    |  |                |                |
| Pengeluaran Perhitungan Pihak Ketiga           |  | 228.311.062    | 344.993.338    |
| JUMLAH ARUS KELUAR KAS TRANSITORIS             |  | 228.311.062    | 344.993.338    |
| ARUS KAS BERSIH DARI AKTIVITAS TRANSITORIS     |  | 246.436.630    | 78.310.783     |
|                                                |  |                |                |
| KENAIKAN/PENURUNAN KAS                         |  | 1.664.811.821  | 583.815.561    |
| Penyesuaian atas Selisih Kurs                  |  | -              | -              |
| Koreksi Saldo Kas                              |  | -              | -              |
| Saldo Awal Kas                                 |  | 30.138.105.370 | 29.855.987.834 |
| Koreksi Saldo Awal                             |  |                |                |
| SALDO AKHIR KAS                                |  | 31.802.917.191 | 30.439.803.395 |
| Rincian Saldo Akhir Kas antara lain :          |  |                |                |
| Saldo Akhir Kas pada BLU                       |  | 5.329.952.251  | 3.471.979.496  |
| Saldo Akhir Kas Lainnya dan Setara Kas         |  | 372.964.940    | 367.823.899    |
| Investasi Jangka Pendek BLU                    |  | 26.100.000.000 | 26.600.000.000 |
| JUMLAH RINCIAN SALDO                           |  | 31.802.917.191 | 30.439.803.395 |
| Rincian Lainnya Pos Kas di Neraca :            |  |                |                |
| Saldo Akhir Kas pada BLU (yang belum disahkan) |  | -              | -              |
| Saldo Akhir Kas di Bendahara Pengeluaran       |  | -              | -              |