



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2016

RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI



LAPORAN AKUNTABILITAS
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
TAHUN 2016

DISIAPKAN/DIBUAT OLEH DIREKSI :

1. dr. Ayi Djembarsari, MARS.
Direktur Utama



2. Dr. Nucki Nursjamsi Hidajat, dr., SpOT(K)., M.Kes., FICS.
Direktur Medik dan Keperawatan



3. Yana Akhmad Supriatna, dr., SpPD-KP.
Direktur Umum dan Operasional



4. Rudi Kurniadi Kadarsah, dr., Sp.An, MM., M.Kes.
Direktur SDM dan Pendidikan



5. Drs. Maskur, MM.
Direktur Keuangan

KATA PENGANTAR

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan rumah sakit milik Kementerian Kesehatan. Sejak diresmikan pada tahun 1923, RSHS telah berkembang menjadi rumah sakit besar di Jawa Barat yang dicanangkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Nasional dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran dan institusi pendidikan tenaga kesehatan lainnya.

Sesuai dengan PP No. 23 Tahun 2005 dan berdasarkan SK Menkes RI No. 861/Menkes/VI/2005, RSHS telah berubah status dari Perusahaan Jawatan (Perjan) menjadi institusi yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU).

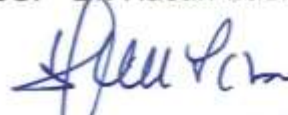
Tahun 2016, bagi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (RSHS) merupakan tahun pertama melaksanakan program dan kegiatannya mengacu pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSHS 2015-2019.

Laporan ini menggambarkan pencapaian kinerja RSHS mengacu pada Penetapan Kinerja RSHS Tahun 2016 sebagai penjabaran dari RSB tersebut, dan pelaporannya mengacu kepada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No 53 tahun 2014.

Diharapkan laporan ini dapat menjadi bahan penilaian bagi Kementerian Kesehatan mengenai pencapaian kinerja RSHS dan umpan balik bagi unit-unit terkait di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.

Kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menunjukkan komitmennya dalam rangka mewujudkan visi RSHS.

Bandung, 27 Januari 2017
Direktur Utama
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ayi Djembarsari'.

dr. Ayi Djembarsari, MARS
NIP. 195711091984102001

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja ini secara garis besar berisikan informasi rencana kinerja dan capaian kinerja yang telah dicapai selama tahun 2016. Rencana kinerja tahun 2016 dan penetapan kinerja 2016 merupakan kinerja yang ingin dicapai selama tahun 2016 yang mengacu pada tugas pokok dan fungsi serta Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin 2015–2019.

Laporan akuntabilitas kinerja memiliki dua fungsi utama, kesatu, merupakan sarana untuk menyampaikan pertanggungjawaban kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan seluruh pemangku kepentingan baik yang terkait langsung maupun tidak langsung. Kedua, merupakan sumber informasi untuk perbaikan dan peningkatan kinerja secara berkelanjutan.

Secara keseluruhan Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin mendekati target yang telah ditetapkan dalam Penetapan kinerja tahun 2016, hal ini dapat diketahui dari:

Peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat melalui Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) tingkat Jawa Barat ditargetkan pada tahun 2019.

Peningkatan RSHS-RSMC-FKUP sebagai pilihan utama masyarakat melalui capaian akreditasi RS mencapai 100% dari target yang ditetapkan 100%. Capaian tingkat kepuasan pasien sebesar 74,15% dari target sebesar 78%. Peningkatan kepuasan peserta didik mencapai 80,29% dari target sebesar 74%.

Pencapaian layanan unggulan melalui persentase keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan mencapai 83% dari target sebesar 86%.

Pencapaian Penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan melalui % kasus rujukan yang tepat mencapai 54% dari target sebesar 50%.

Kemitraan strategis (ABGCM) melalui Jumlah KSO alat medik > Rp 5 M mencapai 4 KSO dari target sebesar 5 KSO.

Integrasi layanan, pendidikan dan penelitian melalui % Kepatuhan Clinical Pathway yang Sejalan Kurikulum Pendidikan mencapai 94,97% dari target sebesar 50%.

Pencapaian pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat melalui Jumlah Publikasi Riset Translasional mencapai 157 buah dari target sebanyak 150 buah.

Pencapaian sarana prasarana yang andal melalui Tingkat keandalan sarpras mencapai 87,23% dari target sebesar 75%.

Kemandirian finansial melalui POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional) mencapai 77,88% dari target sebesar 82%. keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective melalui hasil audit keuangan masih dalam proses dari target WTP.

DAFTAR ISI

	Hal	
Lembar Pengesahan.....	i	
Kata Pengantar.....	ii	
Ikhtisar Eksekutif.....	iii	
Daftar Isi.....	v	
Daftar Tabel	vii	
Daftar Gambar.....	viii	
Daftar Grafik.....	ix	
BAB I : PENDAHULUAN		
A. Latar Belakang.	1	
B. Maksud dan Tujuan.	2	
C. Tugas Pokok dan Fungsi.....	2	
D. Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja.....	8	
BAB II : RENCANA KERJA TAHUNAN DAN PENETAPAN KINERJA	11	
A. Rencana Kerja Tahunan (RKT).....	11	
B. Penetapan Kinerja.....	13	
BAB III : AKUNTABILITAS KINERJA	14	
A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja	14	
1. Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat		
a. Angka Kematian Ibu (AKI)	15	
b. Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Barat.....	17	
2. Terwujudnya RSHS-RSMC-FKUP sebagai pilihan utama masyarakat		
a. Akreditasi RS	18	
b. Tingkat Kepuasan Pasien	23	
c. Tingkat Kepuasan Peserta Didik.....	26	
3. Terwujudnya layanan unggulan.....		
- % keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan	26	
4. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan		
- % Kasus rujukan yang tepat.....	29	
5. Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM)		
- Jumlah KSO alat medik > Rp 5 M.....	30	
6. Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian		
- % Kepatuhan Clinical Pathway yang Sejalan Kurikulum Pendidikan.....	31	
7. Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat		
- Jumlah Publikasi Riset Translasional	34	
8. Terwujudnya sarana prasarana yang andal		
- Tingkat keandalan sarpras	34	
9. Terwujudnya kemandirian finansial		
- POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional)	43	
10. Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective		

- Hasil Audit Keuangan	43
B. Sumberdaya	
1. Sumber Daya Manusia	46
2. Sumber Daya Sarana Pra sarana.....	48
3. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi.....	50
BAB IV : KESIMPULAN	52
Lampiran :	
1. Neraca Tingkat Satuan Kerja	53
2. Laporan Arus Kas	54
3. Form Penetapan Kinerja	55
4. Form Rencana Kerja Tahunan	56
5. TIM Penyusun LAKIP	57

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Sasaran Strategis Indikator dan Target Kinerja	13
Tabel 3.1 Rekapitulasi Hasil Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat Tahun 2016 ...	23
Tabel 3.2 PKS Tahun 2016	28
Tabel 3.3 Hasil Pengukuran Tingkat OEE Sterilisator Steam Nomor 1	32
Tabel 3.4 Hasil Pengukuran Tingkat OEE Sterilisator Steam Nomor 2	33
Tabel 3.5 Hasil Pengukuran Tingkat OEE Sterilisator Steam Nomor 3	34
Tabel 3.6 Hasil Pengukuran Tingkat OEE Sterilisator Steam Nomor 4	34
Tabel 3.7 Rata-rata Nilai OEE Sterilisator Steam Tahun 2016	34
Tabel 3.8 Upaya RSHS untuk Meraih WTP	36
Tabel 3.9 Komposisi SDM berdasarkan Status Kepegawaian keadaan Desember 2016	38
Tabel 3.10 Komposisi SDM berdasarkan Jenis tenaga keadaan Desember 2016	38
Tabel 3.11 Komposisi SDM berdasarkan Jenjang Pendidikan keadaan Desember 2016	39
Tabel 3.12 Komposisi SDM berdasarkan Jenis Jabatan	39
Tabel 3.13 Posisi Barang Milik Negara (BMN) RSHS	40
Tabel 3.14 Sumber Daya Anggaran dan Realisasi	44

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1	Struktur Oranisasi	8
Gambar 3.1	Pembukaan Akreditasi	19
Gambar 3.2	Telusur Dokumen dan Lapangan	19
Gambar 3.3	Penutupan Akreditasi JCI	20

DAFTAR GRAFIK

Grafik. 3.1	Jumlah Kematian Ibu Perbulan Tahun 2016 Berdasarkan Diagnosis Primer	16
Grafik. 3.2	Target dan Realisasi % Keberhasilan Kaus Tersier pada Layanan Unggulan	24
Grafik 3.3	Realisasi % Keberhasilan Penanganan Kasus Tersier pada Layanan Unggulan Per Triwulan Tahun 2016	25
Grafik. 3.4	Target dan Realisasi % Kasus Rujukan yang Tepat PerBulan Tahun 2016	27
Grafik. 3.5	Kepatuhan Clinical Pathway Gawat Janin Dengan Tindakan SC Tahun 2016	28
Grafik. 3.6	Kepatuhan Clinical Pathway Ca Mamae Tahun 2016	29
Grafik 3.7	Kepatuhan Clinical Pathway Infark Miokard Akut (Tindakan Primary PCI) Tahun 2016	29
Grafik 3.8	Tingkat OEE Sterilisasi Steam Tahun 2016	29

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tata pengelolaan/pemerintahan yang baik (*good governance*) merupakan harapan semua pihak. Upaya untuk mewujudkan *good governance* tersebut telah dituangkan dalam berbagai peraturan perundang-undangan, antara lain:

1. TAP MPR Nomor XI Tahun 1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN ;
2. UU Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari KKN;
3. Inpres Nomor 7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP);
4. Inpres Nomor 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi dan
5. PermenPAN dan RB No. 29 Tahun 2010 tentang Pedoman Penyusunan Tapja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
6. PermenPAN dan RB No. 35 Tahun 2011 tentang Juklak Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
7. Keputusan Direktur Jenderal BUK No.HK.02.02.04/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012
8. Perpres Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Kewenangan, Susunan Organisasi, dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia.
9. PermenPAN dan RB No. 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Peraturan tersebut di atas menginsyaratkan bahwa setiap instansi pemerintah diwajibkan mengimplementasikan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dengan tujuan mendorong terciptanya akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sebagai salah satu prasyarat untuk terciptanya pemerintahan yang baik dan terpercaya.

SAKIP pada dasarnya merupakan sistem manajemen berorientasi pada hasil yang merupakan salah satu instrumen untuk mewujudkan instansi pemerintah yang akuntabel sehingga dapat beroperasi secara efisien, efektif, dan responsif terhadap aspirasi masyarakat dan lingkungannya. Terwujudnya transparansi instansi pemerintah dan partisipasi masyarakat dalam pelaksanaan pembangunan nasional serta terpeliharanya kepercayaan masyarakat kepada pemerintah. Dengan menerapkan SAKIP tersebut setiap instansi pemerintah diharuskan membuat Rencana Strategis (*Strategic Plan*), Rencana Kinerja (*Performance Plan*), Penetapan Kinerja (*Performance Agreement*) serta Laporan Akuntabilitas Kinerja (*Performance Accountability Report*).

Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung (LAKIP RSHS) Tahun 2016 disusun sebagai pertanggungjawaban pelaksanaan tugas di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu tahun 2016.

B. Maksud dan Tujuan

LAKIP RSHS Tahun 2016 disusun dengan tujuan untuk mempertanggungjawabkan keberhasilan dan atau kegagalan pelaksanaan misi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam penetapan Kinerja RSHS Tahun 2016 dan juga sebagai umpan balik untuk memicu perbaikan kinerja RSHS di tahun yang akan datang.

C. Tugas Pokok dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1673/MENKES/PER /XII/2005 tanggal 27 Desember 2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, RSHS merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. RSHS dipimpin oleh seorang Kepala yang disebut Direktur Utama.

RSHS dikategorikan sebagai Rumah Sakit Kelas A dan berfungsi sebagai Rumah Sakit Pendidikan dan Rujukan Puncak untuk Provinsi Jawa Barat. RSHS juga

berfungsi sebagai Pusat Unggulan Nasional (*National Center of Excellence*) dalam bidang Kedokteran Nuklir dan ditetapkan sebagai satu-satunya penyelenggara Pendidikan Spesialis Kedokteran Nuklir di Indonesia.

1. Tugas Pokok

RSHS mempunyai tugas menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan, pendidikan dan penelitian serta upaya lainnya sesuai kebutuhan.

2. Fungsi

Dalam melaksanakan tugas pokok di atas RSHS menyelenggarakan fungsi:

- a. Pelayanan Medik dan Penunjang Medik.
- b. Pelayanan Keperawatan dan Asuhan Keperawatan.
- c. Pelayanan Rujukan.
- d. Pelayanan Umum dan Operasional Penunjang Non Medik.
- e. Pengelolaan Sumber Daya Manusia Rumah Sakit.
- f. Pelayanan Administrasi dan Keuangan.
- g. Pendidikan dan Pelatihan di Bidang Kesehatan serta Pengembangan Sumber Daya Manusia
- h. Penelitian dan Pengembangan

3. Struktur Organisasi

Secara garis besar berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) No. 1673/MENKES/PER/XII/2005, RSHS dipimpin oleh seorang kepala yang disebut Direktur Utama yang membawahi struktur-struktur sbb :

- a. Direktorat Medik dan Keperawatan
- b. Direktorat Sumber Daya Manusia dan Pendidikan
- c. Direktorat Keuangan
- d. Direktorat Umum dan Operasional.
- e. Unit-unit Non Struktural

Selain itu, di RSHS terdapat pula komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit yaitu :

- a. Komite Medik
- b. Komite Etik dan Hukum
- c. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien
- d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
- e. Komite Etik dan Penelitian
- f. Komite Keperawatan

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

RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung sebagai rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI merupakan puncak rujukan untuk propinsi Jawa Barat dan merupakan Rumah Sakit Kelas A. RSHS memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan medis spesialisik dan subspecialistik luas. Pelayanan spesialisik yang diberikan terdiri dari 21 pelayanan spesialisik dan 133 pelayanan subspecialistik. Pelayanan medik spesialisik tersebut adalah:

1. Penyakit Dalam
2. Kebidanan dan Kandungan
3. Kesehatan Anak
4. Ilmu Bedah
5. Bedah Saraf
6. Orthopedi dan Traumatologi
7. Bedah Mulut
8. Neurologi
9. Anesthesiologi & Terapi Intensif
10. Kulit dan Kelamin

11. Kesehatan Gigi dan mulut
12. Kedokteran Jiwa
13. Radiologi
14. Patologi Klinik
15. Telinga, Hidung, Tenggorok dan Bedah Kepala Leher (THT-KL)
16. Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi
17. Patologi Anatomi
18. Kedokteran Nuklir
19. Kedokteran Forensik dan Medikolegal
20. Farmakologi Klinik
21. Kesehatan Mata

Pelayanan spesialistik maupun subspecialistik tersebut diselenggarakan di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Intensif, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Penunjang, Instalasi Pelayanan Jantung, Instalasi Hemodialisa, Instalasi Radioterapi, Instalasi Reproduksi Berbantu, dan Instalasi Paviliun Parahyangan yang didukung oleh pelayanan penunjang lainnya, seperti: Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rekam Medis, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPRS), Instalasi Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (IKLRS), Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (ISIRS), Instalasi Binatu, Instalasi *Central Sterile Supply Department* (CSSD) dan lain sebagainya.

Selain pelayanan-pelayanan tersebut di atas, RSHS memiliki pelayanan-pelayanan khusus seperti: Teknologi Reproduksi Berbantu (Klinik Aster), Instalasi Pelayanan Jantung, Klinik Teratai (HIV/AIDS), Klinik DOTS, Klinik TB MDR, Klinik Terapi Rumatan Metadon, Klinik Instansi Penerima Wajib Lapor (IPWL), Klinik Alergi, Klinik Lupus, Instalasi Hemodialisis, Pelayanan Geriatri, *Medical Check Up* dan Pengujian Kesehatan Pegawai, Klinik Asnawati (Pelayanan Kemoterapi), Lab. Biologi Molekuler, Klinik

Thalasemia, Klinik Osteoporosis, Klinik Mendengkur (*Snoring Clinic*), Klinik Anestesi, Klinik Kosmetik/*Anti Aging*, Fetomaternal Diagnostik, Skrining Tiroid, Pelayanan PKBRS, Bank Darah, Instalasi Radioterapi.

RSHS sebagai rumah sakit rujukan tertier berupaya untuk dapat menyelenggarakan pelayanan secara terpadu. Untuk itu, pada pelaksanaannya dibentuk berbagai tim, diantaranya:

- Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)
- Tim Program Pengendalian Resistensi Anti Mikroba (PPRA)
- Tim Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
- Tim Pengelola Program Keluarga Berencana Rumah Sakit (PKBRS)
- Tim Penanggulangan Infeksi HIV / AIDS
- Tim TB MDR
- Tim Pelayanan Rumatan Metadon
- Tim Penerima Wajib Lapor Pelayanan Pecandu Narkotika
- Tim Penapisan Teknologi Kesehatan (HTA)
- Tim Monitoring dan Evaluasi Rekam Medis
- Tim Pusat Pelayanan Terpadu Korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak
- Tim Kanker
- Tim Paliatif
- Tim Penguji Kesehatan
- Tim Medical Check Up (MCU)
- Tim Farmasi dan Terapi
- Tim Infeksi Khusus
- Tim Khusus Hemodialisa
- Tim Penanganan Khusus Bayi Kembar Siam
- Tim Trauma
- Tim Nutrisi
- Tim Manajemen Nyeri
- Tim Kode Biru
- Tim Perawatan Luka Bakar dan Stoma
- Tim Pengelola Perawatan *Home Care* Berbasis Rumah Sakit

- Tim pengembangan *stem cell* (sel punca)
- Tim Penanggulangan Bencana
- Tim *Clinical Pathway*
- Tim Transplantasi Ginjal

Sejalan dengan tuntutan atau kebutuhan masyarakat yang semakin besar dan mengacu pada keunggulan sumberdaya manusia yang dimiliki, ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta keinginan yang kuat untuk memberikan pelayanan yang prima kepada masyarakat, sehingga ditetapkan pelayanan unggulan sebagai berikut:

1. Pelayanan Kedokteran Nuklir
2. Pelayanan Teknologi Reproduksi Berbantu
3. Pelayanan Kardiologi
4. Pelayanan Onkologi & Infeksi
5. Pelayanan Transplantasi Ginjal
6. Pelayanan Bedah Minimal Invasif

Pelayanan Pusat Pendapatan (*Revenue Center*)

Sesuai dengan salah satu tujuan dari RSHS, yaitu meningkatnya *cost recovery* rumah sakit untuk menuju kemandirian, telah ditetapkan beberapa unit pelayanan yang diharapkan dapat memberikan kontribusi bermakna terhadap pendapatan (*revenue*) RSHS, yaitu:

1. Instalasi Bedah Sentral
2. Instalasi Rawat Inap Khusus Paviliun Parahyangan
3. Instalasi Farmasi
4. Instalasi Gawat Darurat
5. Instalasi Pelayanan Jantung
6. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
7. Poliklinik Konsultasi Spesialis Anggrek
8. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi
9. Instalasi Radioterapi
10. Klinik Aster (Instalasi Teknologi Reproduksi Berbantu)

11. Pelayanan Rawat Inap lainnya (Kelas I,II dan VIP).
12. Pelayanan Kedokteran Nuklir
13. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

Kapasitas tempat tidur (TT) yang tersedia adalah 944 terdiri dari 74 TT (7,84%) VIP, 115 TT (12,18%) Kls I, 159 TT (16,84%) Kls II, 429 TT (45,44%) Kls III, 37 TT (3,92%) Intensif, 83 TT (8,79%) High Care Unit, sisanya adalah ruang isolasi 37 TT (3,92%) dan non kelas 10 TT (1,06%).

D. Sistematika Penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut:

Pendahuluan yang berisi : kata pengantar, ringkasan eksekutif, daftar isi

BAB I, *Pendahuluan*, menjelaskan tentang latar belakang penulisan laporan, maksud dan tujuan penulisan laporan, kedudukan, tugas pokok, fungsi dan susunan organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung serta sistematika penulisan pelaporan.

BAB II, Dalam bab ini dipaparkan beberapa hal penting dalam perencanaan dan perjanjian kinerja, meliputi:

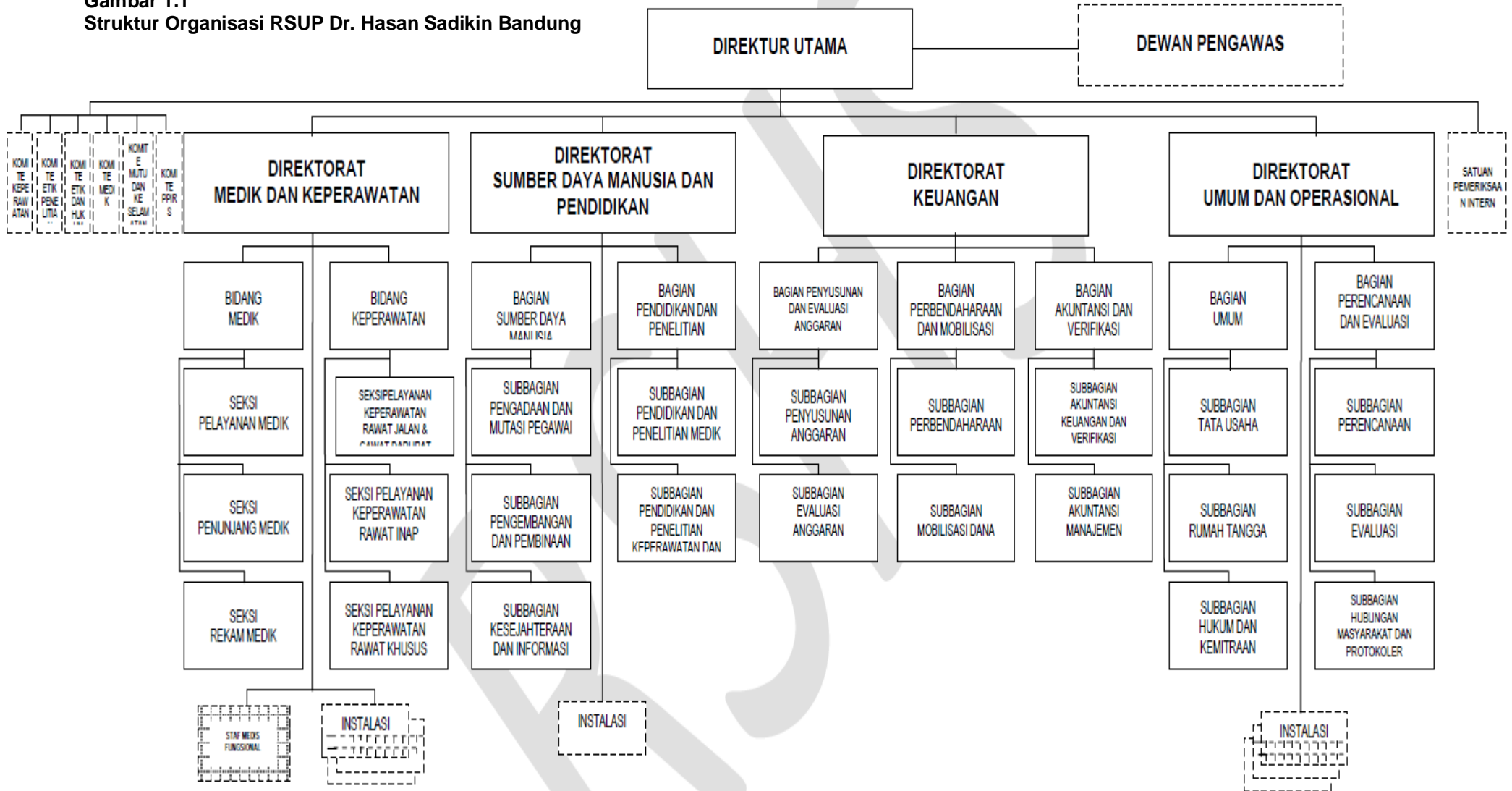
Gambaran singkat Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2016 - 2019 dan sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai selama kurun waktu 5 (lima) tahun dan rencana kerja tahunan serta indikator dan targetnya yang ditetapkan dalam perjanjian kinerja (penetapan kinerja) yang menggambarkan keterkaitan dengan Renstra/Rencana Lima Tahunan.

Bab III, Akuntabilitas Kinerja dalam Bab ini diuraikan pencapaian sasaran-sasaran, dengan pengungkapan dan penyajian dari hasil pengukuran kinerja, serta analisis capaian kinerja yang objektif dideskripsikan mengenai keberhasilan dan kegagalan, permasalahan serta Usulan Pemecahan Masalah. Pada bab ini disajikan juga SDM, Sumber Daya Anggaran dan Sumber Daya Sarana dan Prasarana.

BAB IV, Penutup, mengemukakan secara umum tentang keberhasilan dan kegagalan, permasalahan dan kendala utama berkaitan dengan kinerja RSHS serta strategi pemecahan masalah yang akan dilaksanakan di tahun 2016.

Lampiran-Lampiran

Gambar 1.1
Struktur Organisasi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung



BAB II

RENCANA KERJA TAHUNAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Dalam rangka pencapaian visi, misi dan tujuan RSHS sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis Bisnis (RSB) RSHS 2015 - 2019, ditetapkan sasaran Strategis sebagai berikut:

1. Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan di Jawa Barat
2. Terwujudnya RSHS-RSMC-FKUP sebagai pilihan utama masyarakat
3. Terwujudnya layanan unggulan
4. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan
5. Terwujudnya Kemitraan Strategis (ABGCM)
6. Terwujudnya Integrasi layanan, pendidikan dan penelitian
7. Terwujudnya Pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat
8. Terwujudnya Sarana Prasarana yang andal
9. Terwujudnya kemandirian finansial
10. Terwujudnya Keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost-effective*

Sasaran strategis tersebut di atas merupakan penjabaran rencana strategis yang tertuang dalam matrik RSB 2015-2019 dan indikator sarasanya tertuang dalam Rencana Kerja Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2016.

A. Rencana Kerja Tahunan (RKT)

Rencana Kerja Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2016 merupakan rencana tahun kesatu dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin tahun 2016-2019 yang menjadi acuan serta arah kegiatan RSUP Dr. Hasan Sadikin di tahun 2016.

I. Perspektif *Stakeholder*

- a. Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan di Jawa Barat

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 1) Angka Kematian Ibu (AKI)
- 2) Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Barat

b. Terwujudnya RSHS-RSMC-FKUP sebagai pilihan utama masyarakat

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 3) Akreditasi RS
- 4) Tingkat Kepuasan Pasien
- 5) Tingkat Kepuasan Peserta Didik

II. Perspektif Proses Bisnis

c. Terwujudnya layanan unggulan

Dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- 6) % keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan

d. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan

- 7) % Kasus rujukan yang tepat

e. Terwujudnya Kemitraan Strategis (ABGCM)

- 8) Jumlah KSO alat medik > Rp.5 M

f. Terwujudnya Integrasi layanan, pendidikan dan penelitian

- 9) % Kepatuhan *Clinical Pathway* yang sejalan Kurikulum Pendidikan

g. Terwujudnya Pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat

- 10) Jumlah Publikasi Riset Translasional

h. Terwujudnya Sarana Prasarana yang andal

- 11) Tingkat keandalan sarpras

i. Terwujudnya kemandirian finansial

- 12) POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional)

j. Terwujudnya Keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost-effective*

- 13) Hasil Audit Keuangan

B. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja yang ditetapkan dalam penetapan kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2016 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1
Sasaran Strategis, Indikator dan Target Kinerja
RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, tahun 2016

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET TAHUN 2016	
I Perspektif Stakeholder				
1	Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat	1. Angka Kematian Ibu (AKI)	%	
		2. Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Barat	%	
2	Terwujudnya RSHS-RSMC-FKUP sebagai pilihan utama masyarakat	3. Akreditasi RS	%	100
		4. Tingkat Kepuasan Pasien	%	78
		5. Tingkat Kepuasan Peserta Didik	%	74
II Perspektif Proses bisnis				
3	Terwujudnya layanan unggulan	6. % keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan	%	86
4	Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan	7. % Kasus rujukan yang tepat	%	50
5	Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM)	8. Jumlah KSO alat medik > Rp 5 M	KSO	5
6	Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian	9. % Kepatuhan Clinical Pathway yang Sejalan Kurikulum Pendidikan	%	50
7	Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat	10. Jumlah Publikasi Riset Translasional	buah	150
8	Terwujudnya sarana prasarana yang andal	11. Tingkat keandalan sarpras	%	75
9	Terwujudnya kemandirian finansial	12. POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional)	%	82
10	Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective	13. Hasil Audit Keuangan		WT P

1 Kegiatan operasional pelayanan	Rp	784.129.028.000
2 Kegiatan persiapan dan pemeliharaan akreditasi dan JCI	Rp	2.862.744.000
3 Kegiatan pengembangan pelayanan RSHS	Rp	213.135.209.000
4 Pengadaan, pembinaan dan pengembangan SDM berbasis kompetensi	Rp	9.453.800.000
	TOTAL	Rp 1.009.580.781.000

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan



dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS
NIP. 496108201988121001

Direktur Utama RSUP dr. Hasan Sadikin



dr. Ayl Djembarsari, MARS
NIP. 195711091984102001

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Pengukuran dan Analisis Pencapaian Kinerja

Guna mengetahui tingkat capaian kinerja terhadap standar, rencana atau target dari masing-masing indikator, maka dapat dilakukan pengukuran kinerja untuk mengetahui tercapainya sasaran strategis. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui realisasi atau capaian kinerja yang dilakukan oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam kurun waktu Januari sampai dengan Desember 2016.

Tahun 2016 merupakan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2015-2019. Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator.

Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil-guna dan berdaya-guna.

Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing Indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, dibandingkan dengan target di dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) 2015 - 2019. Manfaat pengukuran kinerja antara lain memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan misi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam dokumen Kinerja Utama dan Penetapan Kinerja.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu 1 (satu) tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator dari masing-masing sasaran yang telah ditetapkan. Sasaran RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagai berikut :

I. Perspektif Stakeholder

- a. Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan di Jawa Barat
Dengan indikator sasaran sebagai berikut :
 - 1) Angka Kematian Ibu (AKI)
 - 2) Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Barat
- b. Terwujudnya RSHS-RSMC-FKUP sebagai pilihan utama masyarakat
Dengan indikator sasaran sebagai berikut :
 - 3) Akreditasi RS
 - 4) Tingkat Kepuasan Pasien
 - 5) Tingkat Kepuasan Peserta Didik

II. Perspektif Proses Bisnis

- c. Terwujudnya layanan unggulan
Dengan indikator sasaran sebagai berikut :
 - 6) % keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan
- d. Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan
 - 7) % Kasus rujukan yang tepat
- e. Terwujudnya Kemitraan Strategis (ABGCM)
 - 8) Jumlah KSO alat medik > Rp.5 M
- f. Terwujudnya Integrasi layanan, pendidikan dan penelitian
 - 9) % Kepatuhan *Clinical Pathway* yang sejalan Kurikulum Pendidikan
- g. Terwujudnya Pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat
 - 10) Jumlah Publikasi Riset Translasional
- h. Terwujudnya Sarana Prasarana yang andal
 - 11) Tingkat keandalan sarpras
- i. Terwujudnya kemandirian finansial
 - 12) POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional)
- j. Terwujudnya Keuangan yang akuntabel, transparan dan *cost-effective*
 - 13) Hasil Audit Keuangan

Uraian kinerja dari masing-masing sasaran dan indikatornya adalah sebagai berikut:

1) Angka Kematian Ibu (AKI)

Berdasarkan pembahasan dan koordinasi dengan Divisi Obstetri Sosial dan Tim PONEK RSHS, Angka Kematian Ibu (AKI) Jawa Barat tahun 2015 mencapai 87,54 per

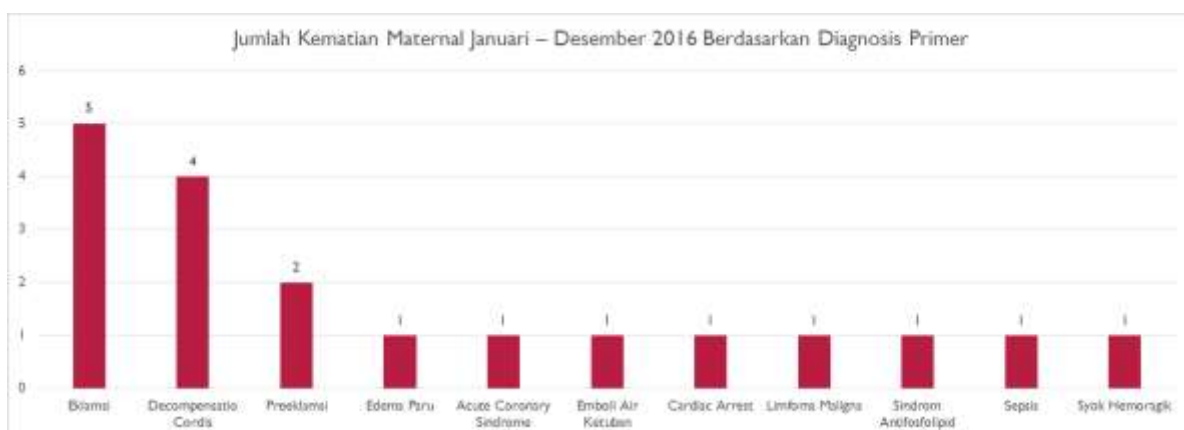
100.000 kelahiran, angka ini sudah di bawah target MDG's yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran. Meskipun demikian, penurunan AKI di Jawa Barat masih menjadi sorotan karena jumlah kasus kematian ibu di Jawa Barat masih tinggi yaitu 825 kasus tahun 2015. Sampai laporan ini disusun, data AKI di Jawa Barat masih belum dikeluarkan dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat.

Target AKI Jawa Barat berdasarkan Rencana Strategis Bisnis *Academic Health Center* (AHC) RSHS tahun 2015-2019 sebesar 306 per 100.000 kelahiran di tahun 2019. Capaian AKI Jawa Barat tahun 2015, sudah jauh di bawah target tersebut. Sehingga dilakukan review RSB, berupa perubahan indikator yaitu AKI di RSHS, dan target penurunan 12% per tahun dari database tahun 2015, capaian AKI RSHS sebesar 904 per 100.000 kelahiran, yaitu 789 per 100.000 kelahiran untuk tahun 2016, dan 670 per 100.000 kelahiran untuk tahun 2017. Capaian AKI di RSHS tahun 2016 adalah 949 per 100.000 kelahiran (jumlah ibu yang meninggal tahun 2016 sebanyak 19 orang). Angka ini justru meningkat 10,5% dibandingkan capaian AKI di RSHS tahun 2015 yaitu 904 per 100.000 kelahiran (jumlah kematian ibu tahun 2015 sebanyak 22 orang).

Diagnosa primer tertinggi pada kematian ibu tahun 2016 adalah karena eklamsi (26,3%). Kejadian kematian ibu di RSHS dikarenakan beberapa hal, diantaranya beberapa kasus tiba dengan kondisi yang sangat kritis karena keterlambatan merujuk atau penanganan pra rumah sakit yang kurang optimal. Di samping itu, kebutuhan perawatan *high care* dan intensif untuk kasus kritis tersebut masih belum sebanding dengan ketersediaan perawatan *high care* dan intensif di RSHS. Letak kamar bersalin di Ruang Rawat Inap Alamanda berjauhan dengan IGD dan Kamar Operasi.

Grafik 3.1

Jumlah Kematian Ibu Per Bulan Tahun 2016 berdasarkan Diagnosis Primer



Tindak lanjut yang dilakukan sebagai upaya untuk menurunkan kejadian kematian ibu tersebut, diantaranya dengan pemindahan kamar bersalin yang semula berada di ruang perawatan obgyn (Alamanda) saat ini sudah berada di Gedung COT Lantai 2 dekat IGD dan kamar operasi. Selain itu peningkatan kapasitas HCU Obgyn dari 2 tempat tidur telah dilengkapi sarana prasarannya menjadi 4 tempat tidur. Namun pemanfaatannya belum optimal, 3 tempat tidur karena belum sesuai jumlah SDM yang melayani di HCU Kebidanan dan kandungan.

Upaya untuk terus menurunkan kejadian kematian ibu di RSHS dengan melakukan beberapa program kegiatan, diantaranya audit perinatal terpadu dengan rumah sakit jejaring, pertemuan koordinasi Divisi Obstetri Sosial dengan rumah sakit dan Dinas Kesehatan setiap triwulan, membuat RCA dan FMEA bersama Dinas Kesehatan Jawa Barat untuk menurunkan AKI, melaksanakan *in house training* PONEK, serta mengadakan pertemuan-pertemuan ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan bidan dan dokter umum terkait penanganan kasus obstetri risiko tinggi. Program kegiatan yang tengah dilaksanakan lainnya adalah penelitian baru terkait patologi kehamilan dan persalinan di masyarakat. Dengan berbagai program kegiatan tersebut, RSHS berusaha dapat memberikan kontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu di Jawa Barat.

2) Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Barat

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya kematian bayi berusia dibawah satu tahun, per 1000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu. Jumlah kematian bayi di Jawa Barat pada tahun 2015 meningkat dibandingkan tahun 2014. Dari 3.982 pada tahun 2014 menjadi 4.045 pada tahun 2015. Pada tahun 2015, kematian bayi baru lahir di Jawa Barat mencapai 3 369 kasus, meningkat dibandingkan data tahun 2014 yaitu 3.098 kasus. Jawa barat masih menjadi penyumbang terbanyak kasus kematian bayi khususnya bayi baru lahir karena besarnya populasi penduduk di Jawa Barat. Penyebab kematian masih di dominasi akibat asfiksia, BBLR serta infeksi.

Target AKB Jawa Barat berdasarkan Rencana Strategis Bisnis *Academic Health Center* (AHC) RSHS tahun 2015-2019 sebesar 24 per 1000 kelahiran hidup di tahun 2019. Sampai laporan ini disusun belum dikeluarkan data AKB Jawa Barat tahun 2016. Kematian Bayi di RSHS yang digunakan adalah jumlah kematian bayi yang lahir di RSHS dalam satu periode per 1000 kelahiran hidup di RSHS dalam periode waktu yang sama. Data kematian

bayi yang lahir di RSHS dan dapat ditelusuri datanya adalah data kematian neonatal dini (KND).

Data Angka AKB di RSHS tahun 2016 mencapai 81,4 per 1000 kelahiran (175 kematian bayi dari 2149 kelahiran hidup). Upaya menurunkan kasus kematian bayi khususnya kematian bayi baru lahir terus diupayakan melalui beberapa program kegiatan yang sudah dilakukan di RSHS. Beberapa program kegiatan yang dilakukan RSHS sebagai upaya untuk menurunkan Angka Kematian Bayi, diantaranya pelatihan *in house training* baik berupa pelatihan PONEK, pelatihan perawat ruang bayi, pelatihan perawat ruang NICU atau perawatan neonatologi level 2 dan 3, serta upaya peningkatan kompetensi staf dan konsulen neonatologi.

Dalam hal sarana prasana, peningkatan pelayanan neonatologi mulai dari IGD demikian pula sarana prasarana perawatan neonatologi baik untuk perawatan level 1, 2 dan 3 telah dilaksanakan tahun 2016. Ruang perawatan Neonatologi yang semula berada di beberapa ruang perawatan (Alamanda, Kenanga, Kemuning), saat ini telah dilakukan sentralisasi di ruang Anturium untuk perawatan level 1 dengan kapasitas 10 tempat tidur dan perawatan level 2 Neonatologi dengan kapasitas 30 tempat tidur. Ruang NICU untuk perawatan neonatologi level 3 juga terus ditingkatkan baik sarana maupun prasarana sesuai dengan standar NICU.

3) Akreditasi RS

Capaian Akreditasi RS pada tahun 2016 mencapai realisasi sebesar 100% dari target sebesar 100%. Jika dibandingkan dengan capaian tahun 2015 meningkat sebesar 100%. Berdasarkan UU Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 40, untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, rumah sakit wajib di akreditasi minimal 3 tahun sekali. Akreditasi tersebut dilakukan oleh lembaga independen dari dalam dan luar negeri yang ditetapkan oleh menteri kesehatan. Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 428/2012 tentang Penetapan Lembaga Independen Pelaksana Akreditasi RS di Indonesia, lembaga independen pelaksana akreditasi RS di Indonesia, yaitu:

1. Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) untuk akreditasi nasional
2. *Joint Commission International* (JCI) untuk akreditasi internasional

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, RSHS menetapkan target kinerja (TAPJA) untuk lulus akreditasi oleh *Joint Commission International* pada tahun 2016.

Untuk tercapainya target tersebut dilakukan perisapan-persiapan yang dilakukan dari tahun sebelumnya, antara lain:

1. *Mock survey* (simulasi survei) oleh *Joint Commission Internasional Consulting* dari tanggal 3 – 14 Agustus 2015.
2. Menyampaikan aplikasi kepada *Joint Commission International Accreditation* melalui *electronic application* untuk dilakukan survei akreditasi.
3. Menerjemahkan dokumen-dokumen wajib yang harus berbahasa Inggris.
4. Melakukan simulasi survei sendiri yang meliputi, *facility tour, individual patient tracer, system tracer, document review, medical record review (open dan close)*, dan simulasi wawancara.
5. Melakukan perbaikan-perbaikan pemenuhan standar berdasarkan temuan *mock survey, gap analysis (self assessment)*, dan hasil simulasi survei sendiri.

Survei akreditasi dilaksanakan selama lima hari dari tanggal 11 – 15 April 2016 dengan jumlah surveior 5 orang yaitu :

- i. Enrico Baldantoni, MD, Physician, Team Leader dari Italia
- ii. Pongtorn Kietdumrongwong, MD, Physician dari Thailand
- iii. Marianne E. Semrad, MSW, Administrator dari Amerika
- iv. Jeanne Lim, MBA, RN, Nurse dari Singapura
- v. Denise M, Fritz, MS, RN, Nurse dari Amerika

Berdasarkan hasil survei, JCI menginformasikan kepada RSHS pada tanggal 19 April 2016 bahwa RSHS dinyatakan telah terakreditasi sebagai *Academic Medical Center Hospital* yang berlaku dari tanggal 16 April 2016 sampai 15 April 2019.

Dalam pelaksanaan akreditasi rumah sakit oleh JCI pada tahun 2016 ditemukan hambatan sebagai berikut:

1. Implementasi standar *Facility Management and Safety (FMS)* sulit sepenuhnya dilaksanakan karena fasilitas rumah sakit khususnya gedung sebagian besar sudah tua.
2. Belum optimalnya kesadaran staf untuk mematuhi standar-standar yang terkait dengan penanganan bahan-bahan berbahaya dan beracun (B3) baik untuk keselamatan lingkungan maupun untuk dirinya sendiri, misalnya penanganan formaldehid.
3. Implementasi standar *Medical Professional Education (MPE)* belum optimal.

Untuk menyelesaikan hambatan-hambatan di atas telah disusun rencana perbaikan strategis (*strategic improvement plan/SIP*). Pada tahun 2016 berbagai kegiatan perbaikan telah dilakukan mengacu pada SIP yang sudah dibuat. Kegiatan perbaikan yang dijadwalkan akan diselesaikan pada tahun 2017 akan dilaksanakan pada tahun tersebut. Selain itu pada tahun 2017, sebagai tindak lanjut dari temuan, akan dilaksanakan *Training In Medical Record Standard and Design* dan sebagai persiapan akreditasi JCI *Trinneal* pada tahun 2019 akan dilaksanakan *Custom Education Program* tentang standar akreditasi JCI edisi baru, yaitu *JCI 6th Ed. Accreditation Standard for Hospitals, including Standards for Academic Medical Center Hospital*.

Dokumentasi Kegiatan :

- a. Pembukaan

Gambar 3.1
Pembukaan Akreditasi JCI



b. Telusur Dokumen dan Lapangan

Gambar 3.2

Telusur Dokumen dan Lapangan





d. Penutupan

Gambar 3.3
Penutupan Akreditasi JCI



4) Tingkat Kepuasan Pasien

Pengukuran IKM RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2016 di targetkan 78, capaian dengan realisasi mencapai 74,15 atau sekitar 95,06%, bila dibandingkan dengan capaian tahun 2015 sebesar 73,65 naik sebesar 0,5 atau 0,67%. Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dilaksanakan sebanyak 2 kali yaitu pada Semester 1 dan 2 Tahun 2016. Jumlah responden sebanyak 1.324 pasien/keluarga pasien. Pengukuran Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) berkala yang dilakukan setiap tahun di RSUP Dr. Hasan Sadikin memiliki trend nilai yang hampir sama antara 73% s.d. 74% dengan kriteria baik. Nilai yang diperoleh dari hasil survey belum memenuhi target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 78% dikarenakan masih banyak ditemukan kelemahan sehingga belum dapat memenuhi kualitas yang diharapkan. Hal ini ditandai dengan masih adanya keluhan masyarakat terhadap RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Terdapat beberapa masalah yang terjadi di lapangan seperti diungkapkan oleh responden diantaranya:

Survey Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) merupakan salah satu alat ukur untuk mengukur keberhasilan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan publik. Penilaian IKM dilakukan secara periodik agar setiap perbaikan dan pembenahan terhadap pelayanan yang diberikan dapat terukur dan optimal pelaksanaannya di lapangan. Permasalahan-permasalahan yang sering terjadi merupakan salah satu indikasi bahwa pelayanan harus diperbaiki. Saran-saran yang masuk dari responden sebaiknya ditindaklanjuti oleh unit-unit terkait sehingga ada peningkatan mutu pelayanan setiap tahunnya sesuai dengan tujuan dari survey IKM yaitu sebagai acuan penerapan langkah-langkah guna mengetahui tingkat kinerja pelayanan rumah sakit secara berkala sebagai bahan untuk menetapkan kebijakan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan publik selanjutnya.

Survey Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) adalah data dan informasi tentang tingkat kepuasan masyarakat yang diperoleh dari hasil pengukuran secara kuantitatif atas pendapat masyarakat dalam memperoleh pelayanan dari aparatur penyelenggara pelayanan publik. Survei IKM merupakan tolok ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan yang diberikan oleh Unit Pelayanan publik. Survey ini dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik dan mengetahui kinerja pelayanan aparatur

pemerintah kepada masyarakat. Survey yang dilakukan mengacu pada Peraturan Menteri Pembinaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi nomor 25 tahun 2004 meliputi unsur-unsur:

1. Prosedur Pelayanan
2. Persyaratan Pelayanan
3. Kejelasan Petugas Pelayanan
4. Kedisiplinan Petugas Pelayanan
5. Tanggungjawab Petugas pelayanan
6. Kemampuan Petugas Pelayanan
7. Kecepatan Pelayanan
8. Keadilan Mendapatkan Pelayanan
9. Kesopanan & Keramahan Petugas
10. Kewajaran Biaya Pelayanan
11. Kepastian Biaya Pelayanan
12. Kepastian Jadwal Pelayanan
13. Kenyamanan Lingkungan
14. Keamanan Pelayanan

Prosedur pelayanan sangat membutuhkan perhatian yang lebih dari manajemen RSHS terutama masalah pendaftaran pasien. Tingginya jumlah pasien menyebabkan antrian yang sangat panjang. Instalasi SIRS telah meluncurkan registrasi *online* pada tanggal 1 November 2016 bagi pasien lama, namun registrasi *online* tersebut belum tersosialisasikan dengan baik sehingga belum sepenuhnya terlaksana.

Kenyamanan lingkungan masih menjadi indikator terendah pada semester 1 dan 2 tahun 2016. Belum ada peningkatan yang nyata mengenai kebersihan di lingkungan RSHS, padahal sebelumnya sudah dilakukan evaluasi dengan vendor kebersihan dan Instalasi Kesling bahwa vendor akan menyediakan petugas yang *standby* disetiap WC.

Salah satu permasalahan untuk kecepatan pasien saat ini adalah *waiting list* untuk pasien rawat inap yang cukup tinggi. Diperlukan adanya prioritas bagi pasien terutama yang akan melakukan operasi. Selain itu kecepatan pelayanan di IRJ terhambat karena kurangnya tenaga SDM pendistribusian rekam medis. Berdasarkan analisa di lapangan dalam waktu satu jam petugas pendaftaran mampu melayani 320 pasien, saat ini SDM penyediaan rekam medis berjumlah 5 orang, diperlukan waktu sampai dengan 1 menit untuk mencari 1 berkas rekam medis, sehingga dalam waktu 1 jam dapat menyediakan

sekitar 300 berkas rekam medis. Petugas pendistribusian berjumlah 6 orang dan membutuhkan waktu 3 menit untuk pendistribusian, maka dalam waktu 1 jam mampu mengirimkan sebanyak 120 berkas rekam medis saja. Berarti masih ada sekitar 200 rekam medis yang belum dapat terkirim hanya karena tidak ada petugas yang mengantarkan ke Poliklinik. Selain hal tersebut, masalah kecepatan pelayanan ini dipengaruhi oleh waktu kedatangan dokter di Poliklinik.

Perlu adanya peningkatan dan pembenahan pelayanan terutama pada aspek kecepatan pelayanan, ketepatan pelaksanaan dengan jadwal waktu pelayanan, serta kenyamanan lingkungan. Dalam aspek kecepatan pelayanan dan jadwal waktu pelayanan perlu ditetapkan suatu sistem *online* untuk kemudahan pelayanan kemudian disosialisasikan ke masyarakat. Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan analisa-analisa permasalahan yang ditemukan dan membuat solusi bagi permasalahan di lapangan dengan membuat PDSA sehingga setiap unit pelayanan dapat mengetahui dan melaksanakan perbaikan sesuai dengan permasalahan di lapangan. Penyusunan PDSA untuk masing-masing permasalahan sudah mulai dilakukan dengan panduan dari Komite Mutu dengan tim dari unit terkait.

TABEL 3.1
REKAPITULASI HASIL
PENGUKURAN INDEKS KEPUASAN MASYARAKAT TAHUN
2016

NO	LOKASI	TAHUN 2016	
		TAHAP I	TAHAP II
1	Perawatan Bedah	74,93	74,59
2	Perawatan Medikal	74,76	74,52
3	Perawatan Anak	73,34	74,23
4	Perawatan Obygn	74,31	75,14
5	Perawatan Khusus		
	A. High	75,00	74,35
	B. Intensif	75,00	73,66
	C. Parahyangan	73,93	70,71
7	Instalasi Rawat Jalan	73,78	73,52
8	Instalasi Gawat Darurat	74,59	74,31
	Total persemester	669,64	665,03
	Rata-rata persemester	74,40	73,89
	Total pertahun		148,30
	Rata-rata pertahun		74,15

5) Tingkat Kepuasan Peserta Didik

Realisasi tingkat kepuasan peserta didik yang dimulai dari proses penerimaan, pelaksanaan proses pendidikan dan ketersediaan sarana-prasarana secara umum melebihi yang ditargetkan. Capaian tingkat kepuasan peserta didik tahun 2016 realisasi sebesar 80,29% dari target sebesar 74% atau mencapai 109%. Jika dibandingkan dengan tahun 2015 turun sebesar 2,68%. Hal ini harus dipertahankan bahkan ditingkatkan untuk waktu mendatang.

Permasalahan yang menjadi hambatan dalam pencapaian Indikator Kinerja, yaitu:

1. Evaluasi kepuasan pelanggan bagi peserta didik kedokteran/medik (PSPD, PPDS, PPDSp-2, Analis, Farmasi, Rekam Medis) baru dilakukan pada bulan Januari 2017 (belum optimal) dan untuk penyerahan data kuesioner kepuasan peserta didik kedokteran/medik hanya beberapa SMF/Departemen yang menyerahkan.
2. Tidak tepat waktunya penerimaan laporan/data publikasi internasional dan nasional.
3. Tidak lengkapnya pengembalian pengisian kuesioner peserta didik keperawatan/kebidanan yang dikembalikan kepada Koordinator / Bagian DIKLIT.

Rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan dalam mengatasi hambatan tersebut, yaitu:

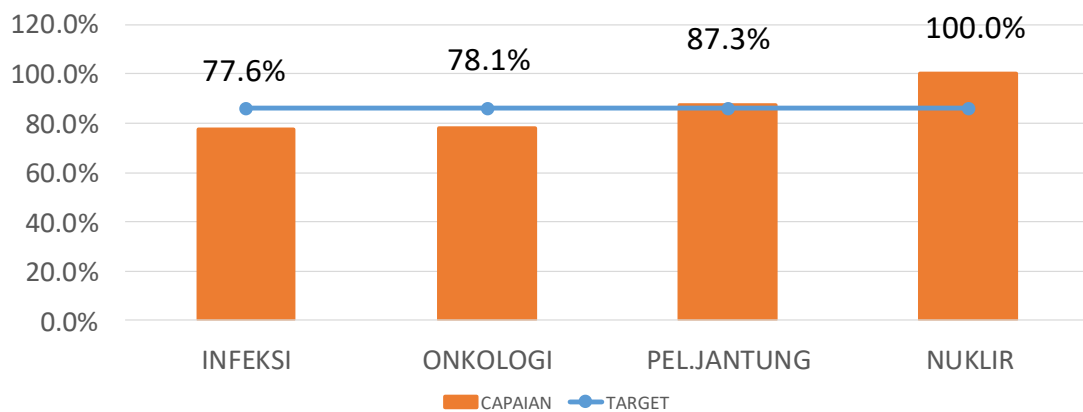
1. Koordinasi dan komunikasi dengan peneliti di SMF/Departemen setiap 3 bulan sekali.
2. Ditunjuk koordinator penanggungjawab pengembalian kuesioner peserta didik keperawatan / kebidanan.
3. Data kuesioner untuk kepuasan peserta didik kedokteran/medik (PSPD, PPDS, PPDSp-2, Analis, Farmasi, Rekam Medis), dilakukan dengan pengambilan secara langsung ke SMF/Departemen (masih belum optimal).

6) % keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan

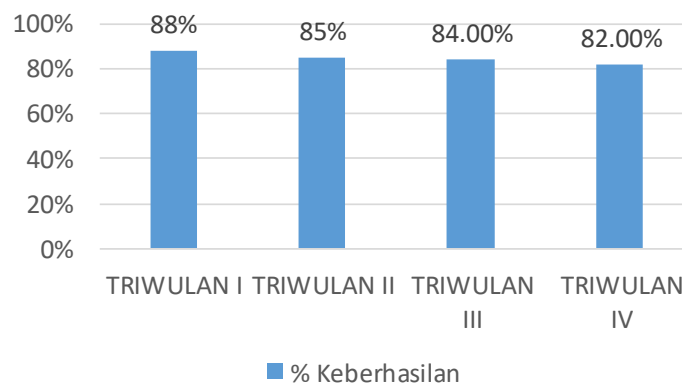
Capaian % keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan pada tahun 2016 realisasi sebesar 83% dari target sebesar 86% atau mencapai 96,51%. Persentase keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan, dihitung dari jumlah pasien

rawat inap dengan *severity level 3* layanan unggulan yang pulang hidup dan perbaikan dibagi jumlah pasien rawat inap dengan kasus *severity level 3* layanan unggulan. Hasil tahun 2016 untuk indikator tersebut mencapai 83% dari target yang ditetapkan untuk tahun 2016 sebesar 86 %. Sehingga capaian untuk indikator tersebut adalah sebesar 96,51%.

Grafik 3.2.
TARGET DAN REALISASI % KEBERHASILAN PENANGANAN KASUS TERSIER PADA LAYANAN UNGGULAN



Grafik 3.3.
Realisasi % Keberhasilan Penanganan Kasus Tersier Pada Layanan Unggulan Per Triwulan tahun 2016



Indikator tersebut belum mewakili gambaran seluruh layanan unggulan. Karena data yang direkapitulasi belum secara keseluruhan pasien layanan unggulan diperoleh datanya. Pada praktiknya, kasus dengan layanan unggulan tidak dirawat di suatu ruang perawatan

khusus, menyebar seluruh ruang perawatan RSHS. Selain itu, sebagai rumah sakit rujukan tertier tidak hanya kasus dengan severity level 3 yang merupakan indikasi dirujuk ke RSHS, namun juga kasus dengan severity level 2. Sehingga ke depan diusulkan adanya revisi indikator berupa persentase keberhasilan kasus dengan severity level 2 dan 3. Persentase keberhasilan kasus dengan severity level 2 dan 3 adalah pasien dengan kasus severity level 2 dan 3 yang pulang hidup dengan perbaikan atau sembuh dalam satu periode per seluruh kasus severity level 2 dan 3 dalam periode yang sama) x 100%.

Capaian persentase keberhasilan kasus dengan severity level 2 dan 3 di tahun 2016 mencapai 90,48%, tahun 2015 mencapai 91,5%, dan tahun 2014 mencapai 92,53%. Gambaran capaian indikator tersebut yang cenderung menurun setiap tahunnya dipengaruhi oleh kualitas kelengkapan rekam medik yang berdampak langsung pada jumlah kasus severity level 2 dan 3. Kualitas kelengkapan Rekam Medik yang terus ditingkatkan melalui kegiatan *Closed Medical Record Review* mempengaruhi hasil coding diagnose dan tindakan sehingga mempengaruhi jumlah kasus severity level 2 dan 3. Kegiatan CMRR serta kegiatan monitoring dan evaluasi pengisian rekam medik melalui beberapa tim yang telah dibentuk diharapkan akan terus meningkatkan kualitas kelengkapan rekam medik. Untuk itu, pada tahun 2017 ditargetkan indikator ini masih sebesar 90%.

Rencana pengembangan layanan unggulan yang telah ditetapkan di RSHS tengah disusun dalam *business plan* untuk rencana pengembangan beberapa tahun ke depan. Di tahun 2016, beberapa kegiatan yang telah dilakukan untuk mengembangkan pelayanan unggulan diantaranya adalah dengan memenuhi beberapa sarana prasarana pelayanan jantung, khususnya untuk operasionalnya pelayanan rawat jalan dan ruang perawatan khusus jantung, dan pelayanan cath lab di Gedung Cardiac dan Diagnostic Center. Saat ini tengah dilakukan penyelesaian penyediaan kamar bedah jantung di Gedung COT lantai 2 sebagai upaya untuk meningkatkan jumlah tindakan bedah jantung di RSHS.

Pengembangan pelayanan onkologi, diantaranya dilakukan dengan penyediaan pelayanan kemoterapi *one day care* di Klinik Asnawati, pengembangan registrasi kanker, pengembangan pelayanan paliatif, serta ke depan rencana untuk penyediaan pelayanan rawat inap onkologi tersentral. Saat ini, tengah dilakukan penyusunan rencana pengembangan onkologi center di RSHS.

Pelayanan infeksi juga terus ditingkatkan diantaranya dengan penyediaan sarana yang terpisah untuk pelayanan pasien infeksi dan non infeksi, serta pelayanan rawat inap infeksi dengan penyediaan ruang isolasi sesuai standar perawatan pasien infeksi. Saat ini

di IGD telah tersedia ruang isolasi untuk pasien infeksi. Ke depan tengah dilakukan perencanaan untuk relokasi ruang isolasi kasus infeksi (Ruang Flamboyan) ke Gedung Kemuning lantai 1, sebagai upaya untuk memenuhi standar pelayanan infeksi dan penataan akses alur pasien infeksi ke ruang isolasi. Perencanaan ini juga mencakup penyediaan ruang perawatan intensif untuk kasus infeksi.

Pelayanan minimal invasif juga tengah ditingkatkan khususnya penyediaan alat-alat kesehatan alat-alat untuk pelayanan minimal invasive. Di tahun 2016, telah tersedia beberapa tambahan peralatan untuk meningkatkan pelayanan endoscopy dan bronchoscopy. Selanjutnya telah dibentuk tim khusus pengembangan pelayanan endolaparoscopy untuk menyusun business plan pelayanan minimal invasive di RSHS, termasuk rencana pengembangan kompetensi SDM untuk pelayanan minimal invasif.

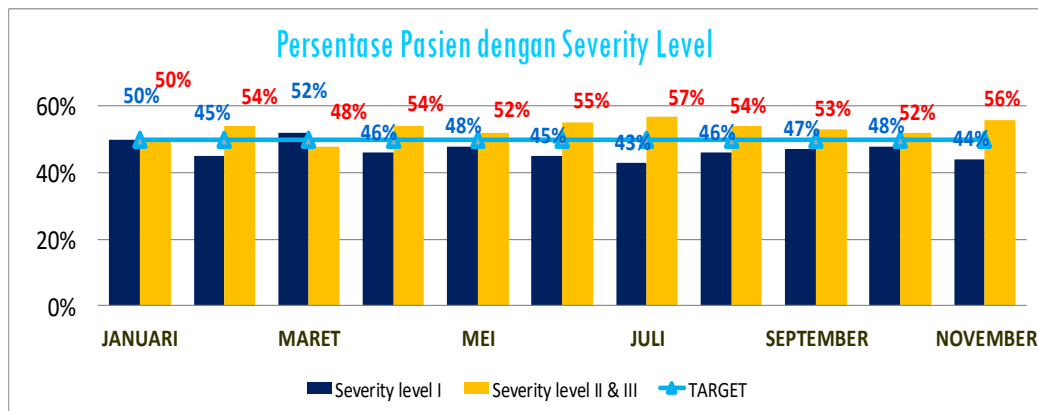
Selain secara khusus peningkatan sarana prasarana dan SDM pelayanan minimal invasive, keberhasilan layanan unggulan tersebut perlu ditunjang dengan penyediaan ruang pelayanan intensif yang memadai untuk menurunkan kasus kematian. Penyediaan beberapa kapasitas tempat tidur di GICU untuk perawatan post operasi jantung, serta upaya meningkatkan kapasitas perawat intensif lainnya tengah dilakukan. Diantaranya dengan meningkatkan kapasitas GICU untuk perawatan post operasi, dari 11 tempat tidur menjadi 19 tempat tidur. Selain itu, saat ini tengah dilakukan renovasi ruang eks NPIU (*Neonatal Pediatric Intermediate Unit*) menjadi ruang PICU (*Pediatric Intensive Care Unit*) untuk meningkatkan kapasitas PICU yang semula 4 tempat tidur, direncanakan menjadi 7 tempat tidur. Selanjutnya kapasitas NICU pun akan ditambah dengan memanfaatkan ruang eks PICU bila PICU telah relokasi ke ruang eks NPIU. Kapasitas NICU dapat bertambah dari 10 tempat tidur menjadi 14 s.d. 18 tempat tidur. Selain itu, tengah dikembangkan peningkatan perawatan NCCU (*Neurosurgical Critical Care Unit*) yang semula *high care* unit menjadi ICU dengan kapasitas 4 tempat tidur.

7) % Kasus rujukan yang tepat

Persentase kasus rujukan yang tepat adalah banyaknya kasus yang dirujuk dengan kasus Severity level II dan III dibagi dengan jumlah seluruh pasien rawat inap. Capaian Tahun 2016 sebesar 54%, angka ini sudah melampaui target tahun 2016 yaitu 50%, dengan capaian 108%.

Grafik 3.4

Target dan Realisasi % Kasus rujukan yang tepat Per Bulan tahun 2016



Walaupun sudah mencapai target yang ditetapkan untuk tahun ini, upaya pembinaan ke RS jejaring serta penataan rujukan masih perlu ditingkatkan termasuk rujukan balik. Pada tahun 2016, RSHS mengalami kembali permasalahan program rujuk balik BPJS kesehatan yang belum dapat berjalan optimal karena ketidakterediaan obat di PPK I, PPK II atau apotik mitra BPJS. Hal ini menyebabkan pasien program rujuk balik kembali ke RSHS untuk mendapatkan obat yang selanjutnya berdampak pada waktu tunggu obat jadi yang semakin panjang.

Seiring dengan kebijakan pelayanan BPJS Kesehatan, maka kemungkinan meningkatkan kasus yang dirujuk ke RSHS sebagai PPK III akan semakin meningkat. Untuk itu, berbagai upaya untuk melakukan penataan alur berkas klaim baik SEP, SBPK, berbagai kegiatan pengendalian mutu dan biaya, serta monitoring evaluasi pengembalian dan kelengkapan rekam 30edic terus ditingkatkan. (catatan: adanya versi baru INA CBGs 5.1 yang disosialisasi di Bulan November 2016 dan baru dapat diimplementasikan di Bulan Desember 2016 dan belum dapat dilakukan verifikasi sampai saat ini untuk data severity level pasien bulan Desember 2016. Hal ini mempengaruhi data severity level pasien BPJS, sehingga dapat mempengaruhi hasil perhitungan ini).

8) Jumlah KSO alat medik > Rp.5 M

Jumlah kerja sama tentang pengoperasian alat medis tahun 2016 di targetkan sebanyak 5 PKS, realisasi PKS berdasarkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) dengan nilai diatas 5M sebanyak 4 PKS atau mencapai 80%.

Permasalahan dalam proses penyusunan Perjanjian Kerja Sama (PKS) kerja sama operasional (KSO) memerlukan waktu yang panjang karena untuk kerja sama operasional (KSO) untuk pemilihan vendor harus dilakukan melalui *Beauty Contest*, harus dilakukan kajian dan koordinasi dengan unit kerja yang terkait, terdapat kekurangan kelengkapan persyaratan dalam penyusunan Perjanjian Kerja Sama (PKS), keterbatasan sumber daya manusia serta sarana dan prasarana untuk pengelolaan PKS.

Untuk mengatasi permasalahan dalam penyusunan PKS adalah dengan mengoptimalkan sumber daya manusia, unit kerja yang terkait sebaiknya melengkapi dokumen yang diperlukan untuk persyaratan penyusunan PKS serta untuk pengelolaan Perjanjian Kerja Sama (PKS) agar diberikan penambahan sarana dan prasarana

Tabel 3.2
PKS TAHUN 2016 > 5 M

NO	NAMA MITRA	JENIS PERJANJIAN	NILAI ALAT
1	UNIVERSITAS PADJAJARAN (UNPAD)	PENGOPERASIAN ALAT PET SCAN	22.800.000.000,-
2	PT. SINAR RODA UTAMA	PENGOPERASIAN MESIN HEMODIALISIS	12.974.000.000,-
3	PT. DOSNIROHA	PENGOPERASIAN MESIN HEMODIALISIS	11.155.000.000,-
4	PT. INDOFARMA GLOBAL MEDIKA	PENGOPERASIAN ALAT LAB PATKLIN	7.150.000.000,-

9) % Kepatuhan *Clinical Pathway* yang sejalan Kurikulum Pendidikan

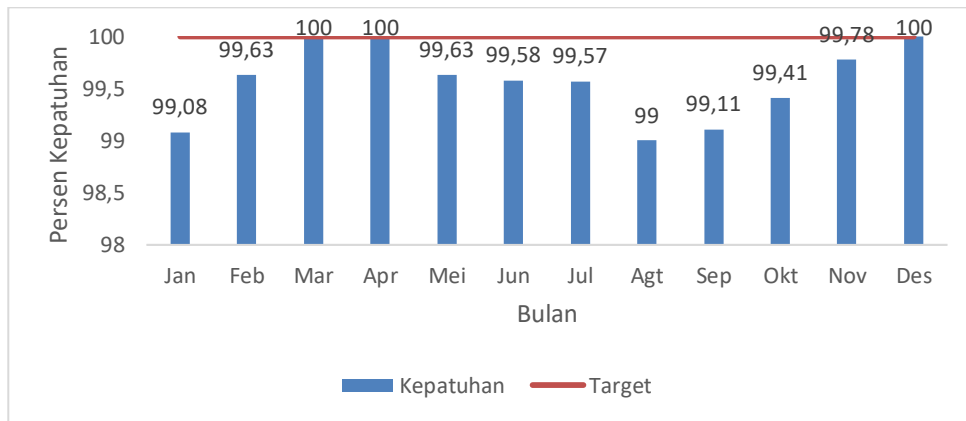
Capaian % kepatuhan *clinical pathway* yang sejalan kurikulum pendidikan pada tahun 2016 mencapai realisasi sebesar 94% dari target 50% atau meningkat sebesar 188%. Salah satu Sasaran Strategis RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2016 yaitu terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian dengan indikator : %Kepatuhan *Clinical Pathway* yang Sejalan Kurikulum Pendidikan dan target sebesar 50%. *Clinical Pathway (CP)* dibentuk dengan tujuan mencapai *patient safety* yang ditunjang oleh berbagai profesi medis maupun non medis dan dibentuk untuk mampu laksana sesuai dengan fasilitas kesehatan. *CP* bersumber dari Panduan Praktik Klinis (PPK) sementara PPK memuat semua hal tentang pelayanan semua jenis penyakit sesuai dengan standar profesi yang dapat sejalan dengan kurikulum pendidikan, dengan demikian *CP* tidak bisa dikatakan PPK.

Sebagai contoh, di dalam PPK diagnostik *apendicitis* dapat ditegakkan dengan USG, sementara dalam *CP* mungkin tidak dicantumkan USG. Dengan demikian, *CP* mengusung *patient safety* yang akan tercapai bila mutu pelayanan baik. Pembentukan *CP* melibatkan berbagai profesi dengan tujuan tercapainya mutu pelayanan terhadap pasien sesuai

dengan kemampuan rumah sakit/ fasilitas kesehatan sendiri. Tentu saja, *patient safety* akan tercapai bila mutu pelayanan tercapai. Dalam indikator sudah ditetapkan persentasi capaian kepatuhan CP, untuk 1 (satu) kasus dapat memerlukan berbagai CP. Oleh karena itu, CP terpilih (CP 5 area prioritas klinis) harus dapat diperkirakan (*predictable*) dan terukur (*measurable*).

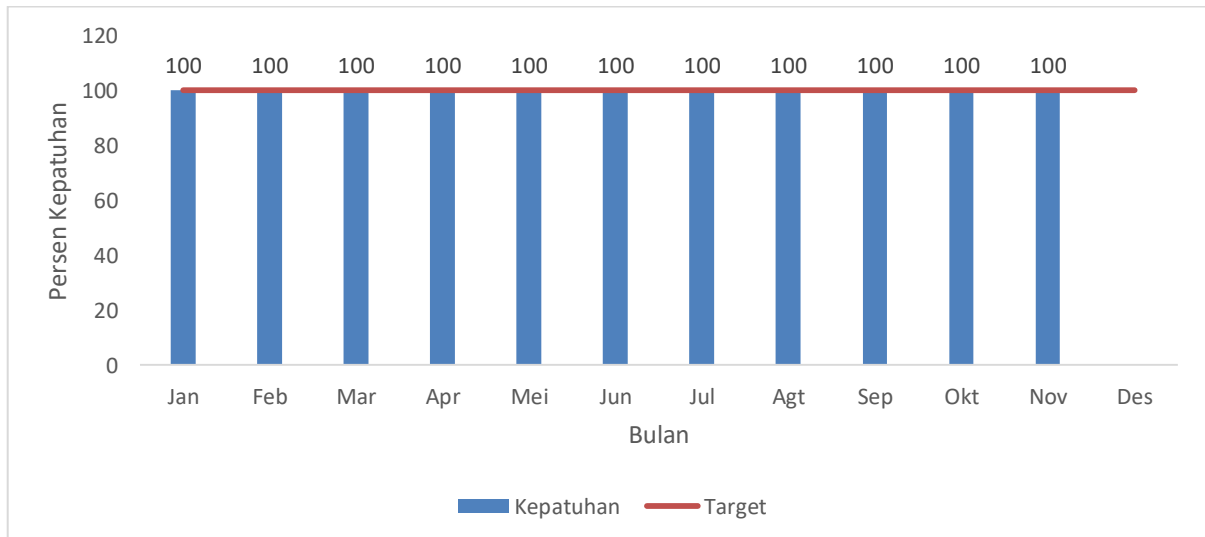
Grafik 3.5.

Kepatuhan *Clinical Pathway* Gawat Janin dengan tindakan SC tahun 2016



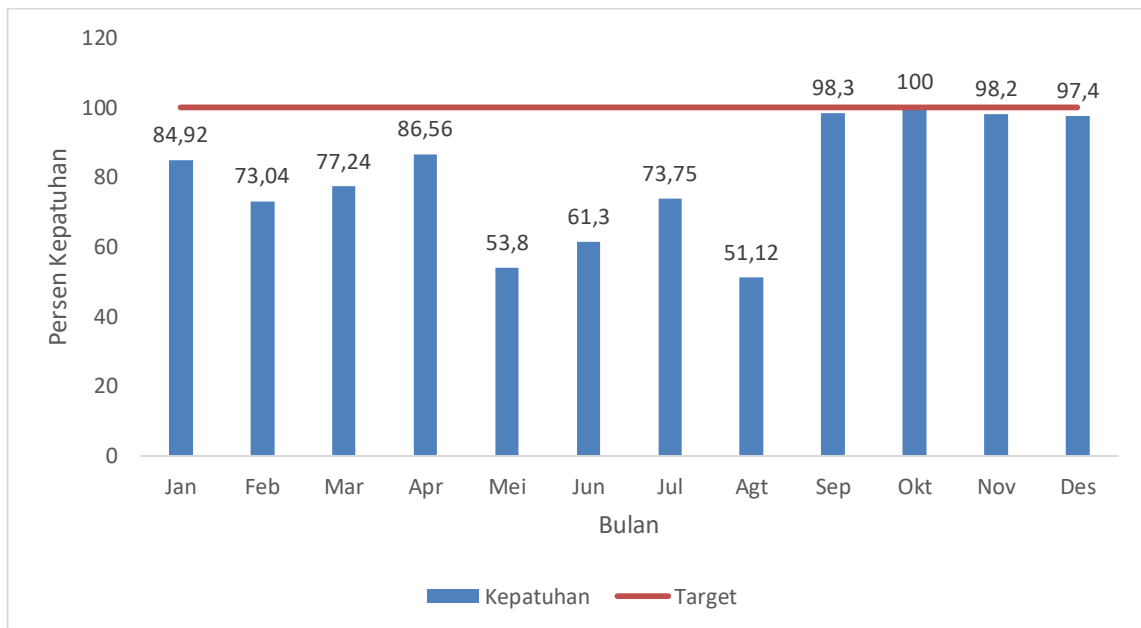
Grafik 3.6.

Kepatuhan *Clinical Pathway* Ca. Mamae tahun 2016



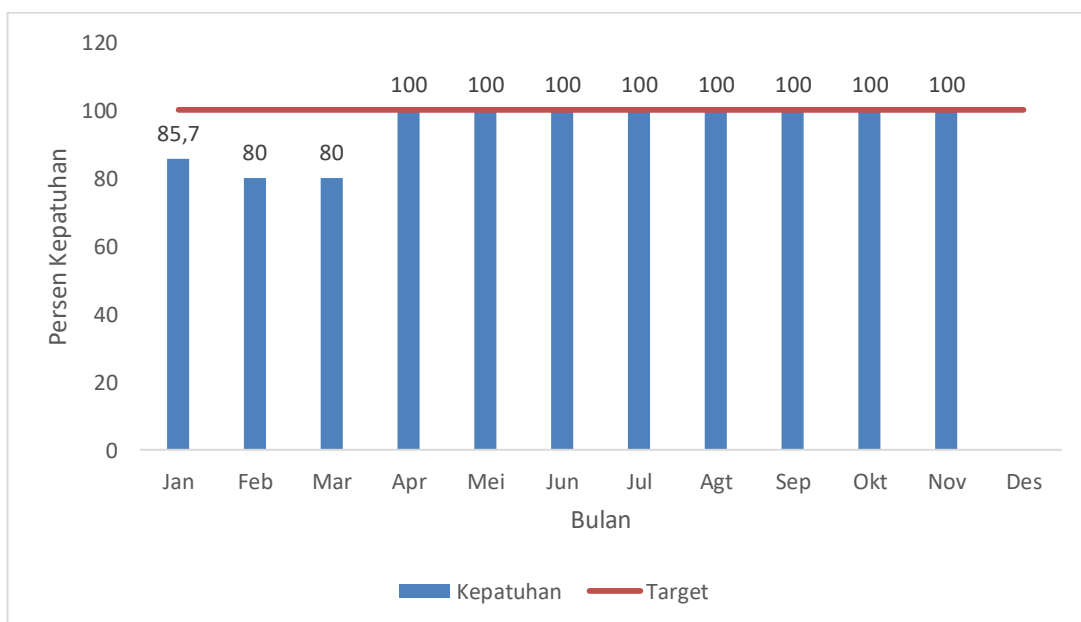
Grafik 3.7

Kepatuhan *Clinical Pathway Infark Miokard Akut* (Tindakan Primary PCI) tahun 2016



Grafik 3.8.

Kepatuhan *Clinical Pathway Community Acquired Pneumonia* tahun 2016



Total kepatuhan CP 5 area :

1. SMF Obstetri & Ginekologi 99,2%
2. SMF Ilmu Bedah 91,7%
3. SMF Ilmu Penyakit Dalam 80%

4. SMF Ilmu Kesehatan Anak	95.8%
5. SMF Neurologi	100%
Total Rata-Rata Kepatuhan	
<i>Clinical Pathway</i> 5 Area secara Keseluruhan	94%

10) Jumlah Publikasi Riset Translasional

Pencapaian persentase penelitian medis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang telah dipublikasi internasional dan nasional dari bulan Januari s.d. Desember 2016 melebihi target, dari rencana 150 buah publikasi internasional dan nasional, terrealisasi 157 buah publikasi internasional dan nasional. Berdasarkan hal tersebut, pencapaian persentase penelitian penelitian medis di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung yang telah dipublikasi internasional dan nasional dari bulan Januari s.d. Desember 2016 telah dicapai melebihi target yang ditentukan, dari rencana sejumlah 150 buah publikasi internasional dan nasional, terrealisasi 157 buah publikasi internasional dan nasional. Walaupun target terlampaui, namun ada beberapa hal yang harus diperbaiki:

1. Sosialisasi ke SMF dan Unit Kerja (belum optimal).
2. Tidak didukung anggaran.
3. Hanya 27,4 % dari penelitian yang dilakukan di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung.
4. Ada 5 SMF dari 21 SMF yang belum/tidak menyerahkan publikasi penelitian.
5. Proses perizinan publikasi penelitian belum berjalan.
6. Belum ada dari penelitian Pegawai yang dipublikasikan.
7. Sistem pencatatan dan pelaporan serta monitoring evaluasi penelitian (belum optimal).

11) Tingkat keandalan sarpras

Tingkat keandalan sarpras tahun 2016 di targetkan 75%, realisasi mencapai 85,98% atau sekitar 116,30%, bila dibandingkan dengan capaian tahun 2015 sebesar 80,4% naik sebesar 7,83%. Target tingkat keandalan aset yang ditetapkan rumah sakit yaitu berupa nilai OEE (*overall equipment effectiveness*). Pengukuran indikator manajemen penguatan aset rumah sakit dilakukan terhadap keandalan peralatan kesehatan dasar salah satunya berupa peralatan sterilisasi yang ada di Instalasi CSSD. Peralatan sterilisasi ini meliputi empat unit sterilisator suhu tinggi steam (*autoclave*) merek Getinge Type GE-2612-AR2, inventaris pengadaan tahun 2001. Keandalan mesin atau nilai OEE dihitung berdasarkan:

- KE (ketersediaan alat/availability) yaitu perbandingan jumlah hari alat beroperasi dibagi jumlah hari alat tersebut direncanakan beroperasi
- KI (kinerja alat/performance) yaitu kemampuan alat yang ada dibagi kemampuan ideal alat
- KU (kualitas alat/quality) yaitu terhadap produk steril yang dihasilkan, untuk mengetahui kualitas produk sterilisasi, dilakukan pengujian dengan indikator biologi (BI-test) setiap hari pada siklus pertama sterilisasi.

Keandalan aset juga harus mencerminkan persentase capaian kinerja alat yang baik, dengan demikian dapat memastikan kegiatan pelayanan berjalan tanpa kendala. Kinerja sterilisator diukur berdasarkan persentase tingkat capaian antara rencana tingkat capaian kinerja sterilisator dalam satu tahun dibandingkan dengan realisasi capaiannya. Tujuannya adalah terwujudnya peralatan sterilisasi berupa sterilisator *steam* yang siap pakai, tersedia dan memiliki kinerja baik untuk menghasilkan produk steril yang terjamin sterilitasnya. Kegiatan Yang Dilaksanakan :

1. Pemeliharaan (*maintenance*)

Sebelum mengoperasikan sterilisator *steam*, setiap hari petugas CSSD mengecek semua fungsi mesin berjalan dengan baik termasuk suplai uap, air dan tekanan angin sesuai standar.

Apabila ada suatu kendala, petugas CSSD melaporkan ke petugas IPSRS disertai bon perbaikan. Jika berdasarkan penilaian IPSRS atau vendor diperlukan penggantian suku cadang maka Instalasi CSSD mengusulkan dan dikaji oleh IPSRS. Untuk menjamin kinerja sterilisator *steam* berjalan baik diperlukan kalibrasi oleh badan kalibrasi independen (BPFK). Proses kalibrasi harus dilakukan sebelum masa berlakunya sertifikat habis.

2. Jaminan Produk Steril

Untuk menjamin produk steril yang dihasilkan dari sterilisator *steam*, sesuai dengan Panduan Pelayanan Sterilisasi di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung menggunakan:

- a. Indikator kimia berupa indikator internal yang dimasukkan di dalam setiap kemasan, dan indikator eksternal yang ditempelkan di bagian luar kemasan sepanjang kurang lebih $\frac{1}{2}$ diameter kemasan
- b. Indikator mekanik bentuk rekaman pada proses kegiatan sterilisasi sesuai manual produk yang akan mengindikasikan kelayakan atau jika terjadi gangguan/error pada salah satu pengukuran yang harus dicapai, dilakukan pada setiap loading/operasional mesin

- c. Indikator biologi/*attest* yaitu vial/sediaan berisi *Bacillus Stearothermophylus* sediaan ini ditempatkan dalam setiap mesin sterilisator setiap hari pada proses pertama, pembacaan hasil terhadap vial setelah masa inkubasi 3 jam.
- d. Uji mikrobiologi sesuai rekomendasi PPIRS/PERDALIN hanya dilakukan jika terjadi peningkatan kasus infeksi luka operasi/kejadian luar biasa (KLB) akibat pemakaian produk steril.

3. Penetapan Ketersediaan, Kinerja dan Kualitas

Untuk mengukur target capaian tingkat kehandalan peralatan kesehatan dasar (*overall equipment effectiveness/OEE*) sterilisator *steam* ditetapkan besaran KE, KI, KU sebagai berikut:

- a. KE (ketersediaan alat/*availability*) adalah setiap hari.
- b. KI (kinerja alat/*performance*) ideal sterilisator *steam* adalah 6 siklus/hari, dengan mempertimbangkan:
 - Waktu proses sterilisasi *steam* per siklus adalah 120 menit (termasuk proses pendinginan paska sterilisasi)
 - Suplai uap (*steam*) dari unit boiler IPSRS selama 720 menit (07.00 – 19.00)
- c. KU (kualitas alat/*quality*) yaitu terhadap produk steril yang dihasilkan, untuk mengetahui kualitas produk sterilisasi, dilakukan pengujian dengan indikator biologi (BI-test) setiap hari pada siklus pertama sterilisasi.

4. Pengukuran Ketersediaan, Kinerja dan Kualitas

Pengukuran ketersediaan, kinerja dan kualitas dari sterilisator *steam* direkap setiap bulan dari data yang didokumentasikan setiap hari oleh petugas CSSD.

Hasil rekap dari ketersediaan, kinerja dan kualitas dihitung berdasarkan formula pada kamus indikator sehingga menjadi angka OEE.

5. Analisa

Analisa hasil OEE dilakukan berdasarkan angka capaian standar yang harus dicapai dan perbandingan tren capaian setiap bulan.

Kegiatan yang sudah dilaksanakan untuk mengukur tingkat capaian indikator mutu Keandalan Peralatan Kesehatan Dasar Sterilisator Steam di Instalasi CSSD Tahun 2016 adalah sebagai berikut:

Tabel 3.3.
Hasil Pengukuran Tingkat OEE Sterilisator Steam Nomor 1

Bulan	Sterilisator Steam No 1						Nilai OEE
	Ketersediaan (Ke)		Kinerja (Ki)		Kualitas (Ku)		
	Setiap hari kerja		Proses: 120 menit		Dilihat dari hasil BI Attest yang dilakukan setiap hari pada siklus pertama		
			Waktu tersedia: 720 menit				
			Ki : 6x siklus/hari				
	Hari Operasional		Jumlah Siklus		Hasil BI Attest (-)/hari		
Operasional	Direncanakan	Operasional	Ideal	Operasional	Ideal		
N	D	N	D	N	D		
Januari	3	31	13	186	3	3	8,636%
Februari	16	29	78	174	16	16	50,228%
Maret	20	31	95	186	20	20	56,962%
April	16	30	94	180	16	16	55,752%
Mei	31	31	182	186	31	31	98,387%
Juni	11	30	63	180	11	11	38,462%
Juli	26	31	149	186	26	26	82,716%
Agustus	31	31	197	186	31	31	104,435%
September	30	30	202	180	30	30	109,167%
Oktober	29	31	210	186	29	29	108,943%
November	29	30	202	180	29	29	108,787%
Desember	30	31	211	186	30	30	109,717%

Tabel 3.4
Hasil Pengukuran Tingkat OEE Sterilisator Steam Nomor 2

Bulan	Sterilisator Steam No 2						Nilai OEE
	Ketersediaan (Ke)		Kinerja (Ki)		Kualitas (Ku)		
	Setiap hari		Proses: 120 menit		Dilihat dari hasil BI Attest yang dilakukan setiap hari pada siklus pertama		
			Waktu tersedia: 720 menit				
			Ki : 6x siklus/hari				
	Hari Operasional		Jumlah Siklus		Hasil BI Attest (-)/hari		
Operasional	Direncanakan	Operasional	Ideal	Operasional	Ideal		
N	D	N	D	N	D		
Januari	31	31	234	186	31	31	119,355%
Februari	20	29	117	174	20	20	70,404%
Maret	13	31	89	186	13	13	50,000%
April	20	30	150	180	20	20	82,609%
Mei	31	31	200	186	31	31	105,645%
Juni	30	30	241	180	30	30	125,417%
Juli	30	31	165	186	31	31	91,129%
Agustus	31	31	211	186	31	31	110,081%
September	30	30	187	180	30	30	102,917%
Oktober	30	31	204	186	30	30	106,883%
November	30	30	234	180	30	30	122,500%
Desember	31	31	186	186	31	31	100,000%

Tabel 3.5.
Hasil Pengukuran Tingkat OEE Sterilisator Steam Nomor 3

Bulan	Sterilisator Steam No 3						Nilai OEE
	Ketersediaan (Ke)		Kinerja (Ki)		Kualitas (Ku)		
	Setiap hari		Proses: 120 menit		Dilihat dari hasil BI Attest yang dilakukan setiap hari pada siklus pertama		
			Waktu tersedia: 720 menit				
			Ki : 6x siklus/hari				
	Hari operasional		Jumlah Siklus		Hasil BI Attest (-)/hari		
Operasional	Direncanakan	Operasional	Ideal	Operasional	Ideal		
N	D	N	D	N	D		
Januari	25	31	151	186	25	25	83,058%
Februari	28	29	184	174	28	28	103,896%
Maret	29	31	183	186	29	29	97,967%
April	20	31	129	186	20	20	71,308%
Mei	0	31	0	186	0	0	0
Juni	0	30	0	180	0	0	0
Juli	0	31	0	186	0	0	0
Agustus	0	31	0	186	0	0	0
September	0	30	0	180	0	0	0
Oktober	0	31	0	186	0	0	0
November	0	30	0	180	0	0	0
Desember	0	31	0	186	0	0	0

Keterangan: Sejak bulan Mei s.d Desember 2016 sterilisator steam 3 rusak

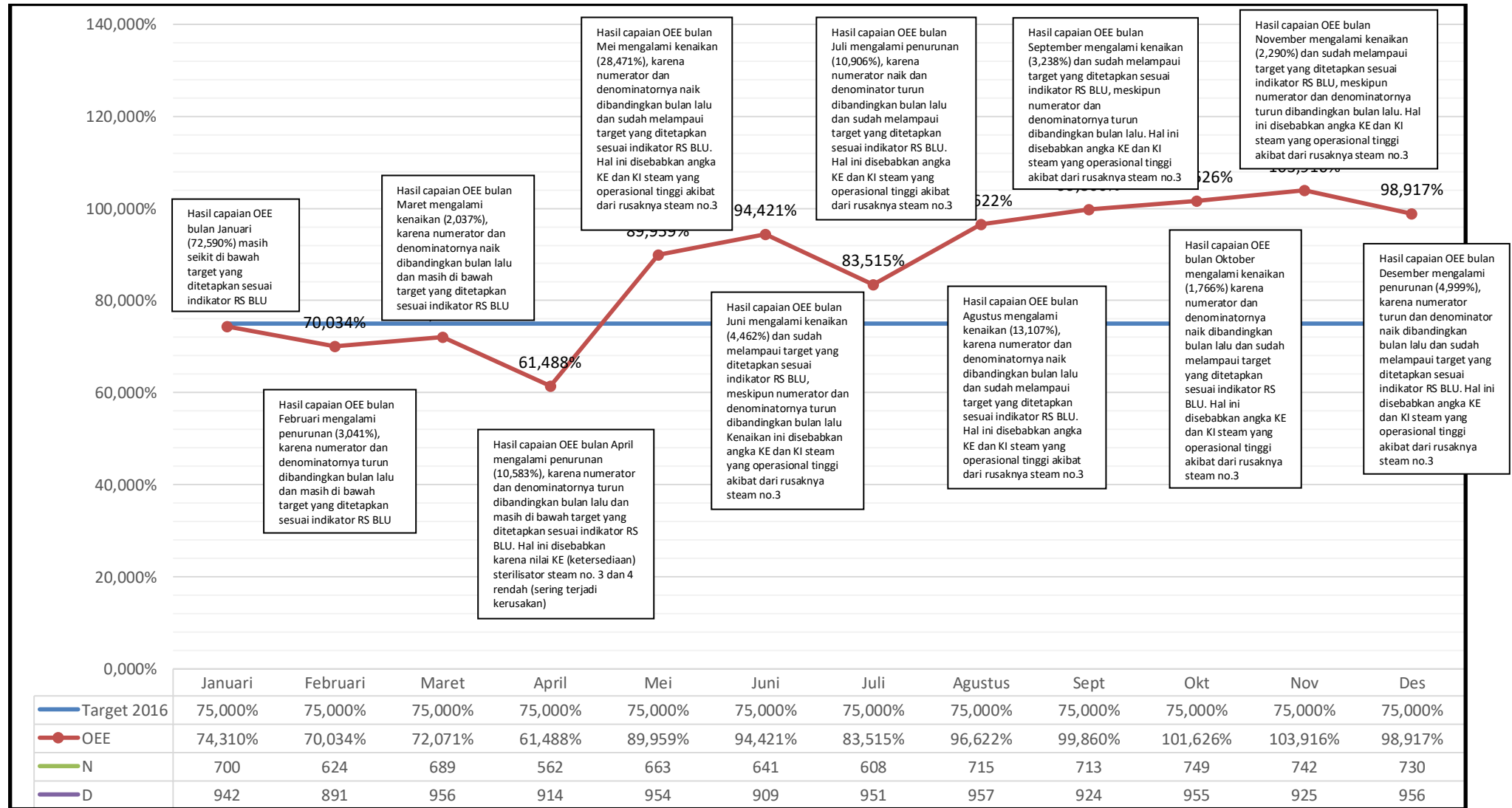
Tabel 3.6
Hasil Pengukuran Tingkat OEE Sterilisator Steam Nomor 4

Bulan	Sterilisator Steam No 4						Nilai OEE
	Ketersediaan (Ke)		Kinerja (Ki)		Kualitas (Ku)		
	Setiap hari		Proses: 120 menit		Dilihat dari hasil BI Attest yang dilakukan setiap hari pada siklus pertama		
			Waktu tersedia: 720 menit				
			Ki : 6x siklus/hari				
	Hari operasional		Jumlah Siklus		Hasil BI Attest (-)/hari		
Operasional	Direncanakan	Operasional	Ideal	Operasional	Ideal		
N	D	N	D	N	D		
Januari	15	31	154	186	15	15	79,310%
Februari	15	29	87	174	15	15	53,670%
Maret	26	31	146	186	26	26	81,481%
April	11	30	55	180	11	11	34,842%
Mei	24	31	109	186	24	24	65,145%
Juni	28	30	199	180	28	28	107,143%
Juli	26	31	129	186	26	26	74,486%
Agustus	27	31	129	186	27	27	75,000%
September	24	30	156	180	24	24	87,179%
Oktober	28	31	161	186	28	28	88,571%
November	26	30	136	180	26	26	79,661%
Desember	27	31	157	186	27	27	86,475%

Tabel 3.7
Rata-rata nilai OEE Sterilisator Steam Tahun 2016

Bulan	Nilai OEE Sterilisator				Jumlah		Target 2016	OEE Operasional
	Steam 1	Steam 2	Steam 3	Steam 4	N	D		
Januari	8,636%	119,355%	83,058%	79,310%	700	942	75,000%	74,310%
Februari	50,228%	70,404%	103,896%	53,670%	624	891	75,000%	70,034%
Maret	56,962%	50,000%	97,967%	81,481%	689	956	75,000%	72,071%
April	55,752%	82,609%	71,308%	34,842%	562	914	75,000%	61,488%
Mei	98,387%	105,645%	0,000%	65,145%	663	954	75,000%	89,959%
Juni	38,462%	125,417%	0,000%	107,143%	641	909	75,000%	94,421%
Juli	82,716%	91,129%	0,000%	74,486%	608	951	75,000%	83,515%
Agustus	104,435%	110,081%	0,000%	75,000%	715	957	75,000%	96,622%
Sept	109,167%	102,917%	0,000%	87,179%	713	924	75,000%	99,860%
Okt	108,943%	106,883%	0,000%	88,571%	749	955	75,000%	101,626%
Nov	108,787%	122,500%	0,000%	79,661%	742	925	75,000%	103,916%
Des	109,717%	100,000%	0,000%	86,475%	730	956	75,000%	98,917%
Rata-rata Nilai OEE Tahun 2016								87,228%

Grafik 3.8 Tingkat OEE Sterilisator Steam Tahun 2016



Rencana tindak lanjut dari permasalahan diatas adalah mengajukan upaya perbaikan sterilisator *steam* nomor 3 dan penggantian suku cadang sterilisator steam 1, 2 dan 4, sehingga angka ketersediaan sterilisator *steam* mencapai angka ideal (tersedia setiap hari). Dimana hal ini mempengaruhi angka kinerja sterilisator *steam* yang operasional dan mengajukan rencana peremajaan unit sterilisator *steam* baru untuk TA 2018.

12) POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional)

Capaian POBO (Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional) pada tahun 2016 realisasi sebesar 77,88% dari target sebesar 82% pencapaian sebesar 94,97%. Jika dibandingkan dengan tahun 2015 meningkat sebesar 17,14%. Realisasi yang masih dibawah target hal ini disebabkan oleh perubahan aturan klaim BPJS dari Permenkes 59 tahun 2014 menjadi Permenkes 64 tahun 2016 dimana aplikasi INA CBGs berubah dari 4.1 menjadi 5.1 yang baru dapat digunakan pada tanggal 19 Desember 2016 sedangkan pemberlakuan PMK tersebut terhitung tanggal 26 Oktober 2016 akibat dari hal tersebut di atas klaim dari tanggal 26 Oktober 2016 sampai dengan tanggal 31 Desember 2016 belum dapat di akui sebagai pendapatan rumah sakit.

13) Hasil Audit Keuangan

Hasil audit atas Lapkeu PABLU TA 2016 akan dilakukan oleh Auditor Independen dengan target opini Wajar Tanpa Pengecualian (dalam semua hal yang material posisi keuangan BLU RSHS tanggal 31 Desember 2016, serta kinerja keuangan, perubahan ekuitas dan arus kasnya untuk tahun yang berakhir pada tanggal tersebut sesuai dengan Standar Akuntansi Keuangan di Indonesia). Audit atas Lapkeu PABLU TA 2016 sedang dalam proses, pengusulan tanggal 15 Desember 2016 (Proses Audit Minimal 30 hari kalender), sekarang sedang dalam proses pengadaan oleh pejabat pengadaan.

Tabel 3.8.
Upaya RSHS untuk Meraih WTP

No	Strategi	Langkah-Langkah	Pencapaian
1	Membangun komitmen dan integritas Pimpinan, Para Pengelola dan Para pelaksana kegiatan	Membangun Budaya Organisasi "meraih WTP" lingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyempurnaan SPO (Standar Prosedur Operasional) pengelolaan keuangan. 2. Melaksanakan sistem pengendalian keuangan RS dengan pemisahan fungsi pencatatan di bagian akuntansi, fungsi penerimaan uang dan pengeluaran uang di Bagian Pembendaharaan serta evaluasi anggaran di bagian PEA.
2	Penguatan perencanaan dan penganggaran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menetapkan prioritas program dan anggaran sesuai RSB 2. Penggunaan Bagan Akun Standar (BAS) secara cermat (Belanja Pegawai, Belanja Barang, Belanja Modal) 3. Penyiapan kelengkapan dan keakuratan Dokumen Pendukung Perencanaan (TOR, RAB) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyusunan RBA, DIPA dan RKA-K/L berdasarkan prioritas program dan anggaran sesuai 2. Penyusunan RBA dan RKA dilengkapi TOR dan RAB. 3. Pelaksanaan anggaran menggunakan monitor CPA atau catatan penggunaan anggaran dengan menggunakan BAS yang sesuai.
3	Pembenahan Pengelolaan kas / Sistem Pembukuan / Akutansi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reviu dan Penyempurnaan Kebijakan Akutansi Kementerian Kesehatan; 2. Melaksanakan peraturan yang ditetapkan oleh Kementerian Keuangan. 3. Meningkatkan kualitas penyusunan perencanaan Kas; 4. Meningkatkan ketepatan waktu pelaksanaan anggaran; 5. Pemeriksaan Kas Intern oleh KPA melalui SPI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SPI melakukan reviu atas laporan keuangan setiap semester dan akhir tahun. 2. Sistem pembukuan berbasis akrual 3. Pemeriksaan kas oleh SPI setiap bulan, berupa Berita Acara pemeriksaan Kas
4	Perbaikan Penatausahaan pendapatan BLU	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan PNBPN masuk rekening Rumah Sakit 2. Melakukan kerjasama dengan bank pemerintah dalam setiap penerimaan dan pengeluaran kas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan PNBPN masuk ke rekening penerimaan RS paling lambat 1x24 jam 2. <i>Cash Management</i> di setiap pelayanan berupa outlet bank.
5	Peningkatan kualitas pengadaan barang / jasa	Pengadaan barang dan jasa berpedoman pada Keppres dan menggunakan LPSE	Proses Pengadaan lelang sudah menggunakan LPSE (layanan pengadaan secara elektronik)
6	Pembenahan Penata Usahaan Aset	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian data entry secara rutin ke dalam SIMAK BMN 2. Peningkatan Koordinasi antara Bagian Akuntansi dan bagian inventaris 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Input data aset tetap dan hibah ke dalam SIMAK BMN secara periodik 2. Melakukan rekonsiliasi data internal setiap bulan antara bagian akuntansi dan verifikasi dengan tim SIMAK- BMN 3. Melakukan penatausahaan pesediaan secara Aplikasi

7	Penguatan kapasitas SDM	Peningkatan kualitas SDM melalui pelatihan-pelatihan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDM Keuangan mulai eselon III, IV, dan staf direktorat keuangan untuk mengikuti pelatihan keuangan yang di selenggarakan kemenkeu dan kemenkes 2. Mengikutsertakan SDM dalam pelatihan pengadaan barang / jasa untuk tahun 2015 mengikutsertakan 3 orang dengan yang lulus 1 orang.
8	Sistem Pengendalian Internal	SPI berkoordinasi dengan unit-unit kerja	Membuat perencanaan sistem pengendalian internal di unit kerja masing – masing di bawah koordinasi SPI
9	Penguatan Monitoring dan Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas pelaksanaan monitoring terpadu terhadap pelaksanaan kegiatan dan anggaran; 2. Melakukan perbaikan segera terhadap ketidaksesuaian pelaksanaan kegiatan dan anggaran 3. Melakukan pertemuan rutin secara berkala dan berjenjang dalam rangka evaluasi pelaksanaan kegiatan dan anggaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membuat laporan realisasi penyerapan anggaran setiap tanggal awal bulan berikutnya 2. Melakukan usulan pergeseran MAK terhadap kegiatan yang melebihi pagu sebelumnya 3. Melakukan rapat koordinasi secara rutin
10	Perbaikan penyusunan laporan keuangan	Melakukan koordinasi dengan KPPN, DJPB, Bag Keuangan BUK dan Biro Keuangan Setjen Kemkes di dalam perancangan Teknologi informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan konsultasi ke KPPN, DJPB, PKBLU, Bagian keuangan BUK dan Biro keuangan setjen kemkes. 2. Rekonsiliasi tepat waktu. 3. Monitoring transaksi keuangan secara berkala 4. Melaksanakan penyusunan laporan keuangan sesuai dengan aturan Pablu dan Saiba 5. Telaah atas laporan keuangan
11	Peningkatan kualitas pengawas	Melakukan koordinasi dengan SPI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan keuangan di reviu oleh SPI setiap semester dan tahunan 2. Laporan keuangan di audit oleh KAP mulai tanggal 01 April 2016 sampai dengan 30 April 2016. 3. Laporan keuangan di reviu oleh SPI setiap 2016 oleh Irjen dari Tanggal 8 Juli s.d 11 Juli 2016

B. SUMBER DAYA

a. Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian

Tabel 3.9.

Komposisi SDM Berdasarkan Status Kepegawaian keadaan Desember 2016

No	Status	Jumlah
1	PNS	2263
2	NON PNS	825
	JUMLAH	3088

b. Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Tenaga

Tabel 3.10

Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Tenaga Keadaan Desember 2016

No	Jenis tenaga	Jumlah
1	DOKTER SPESIALIS	350
2	DOKTER GIGI SPESIALIS	20
3	DOKTER UMUM DAN BSB	28
4	DOKTER GIGI	4
5	PERAWAT	1180
6	BIDAN	80
7	FUNGSIONAL KES. LAINNYA	288
8	KESEHATAN LAINNYA (NON PNS)	208
9	FUNGSIONAL NON KESEHATAN	20
9	ADMINISTRASI	530
10	TENAGA STRATEGIS	380
	JUMLAH	3088

c. Komposisi SDM Berdasarkan Jenjang Pendidikan

Tabel 3.11.

Komposisi SDM Berdasarkan Jenjang Pendidikan Keadaan Desember 2016

No	Jenis Pendidikan	Jumlah
1	Dokter Spesialis	321
2	Dokter Umum	29
3	Dokter gigi Spesialis	20

4	Dokter gigi	4
5	Dokter Spesialis S3	26
6	S2	62
7	S1	490
8	D4	59
9	D3	1419
10	D1	22
11	SLTA	495
12	SLTP	124
13	SD	12
	Jumlah	3088

d. Komposisi SDM Berdasarkan Jenis Jabatan

Tabel 3.12.**Komposisi SDM berdasarkan Jenis Jabatan**

No	Jenis Jabatan	Jumlah
1	Eselon-2	5
2	Eselon-3	9
3	Eselon-4	23
4	Fungsional	1522
5	Staf(Non Fungsional)	704
6	Pegawai Non PNS (BLU)	825
	Pegawai yang pensiun TW 1	
	Jumlah Pegawai (Desember 2015)	3088

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Tabel 3.13
Posisi Barang Milik Negara (BMN) RSHS
Tahunan per 31 Desember - Tahun 2016

No	URAIAN	Qtt	KEADAAN/KONDISI			Nilai (Rp)
			BAIK	RUSAK RINGAN	RUSAK BERAT	
A	TANAH	87,798	-	-	-	437,792,861,620
	Tanah Persil	87,798	-	-	-	437,792,861,620
B	PERALATAN DAN MESIN	57,557	56,120	581	856	726,012,312,307
1	Alat Besar Darat	3	-	1	2	1,501,560,000
2	Alat Besar Apung	39	39	-	-	62,626,000
3	Alat Bantu	84	84	-	-	12,716,421,181
4	Alat Angkutan Darat Bermotor	35	31	-	4	6,234,074,261
5	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	58	50	8	-	26,776,500
6	Alat Bengkel Bermesin	44	43	1	-	438,504,516
7	Alat Bengkel Tak Bermesin	543	537	6	-	216,814,420
8	Alat Ukur	336	336	-	-	924,911,966
9	Alat Pengolahan	282	282	-	-	456,273,457
10	Alat Kantor	5,796	5,690	79	27	11,432,658,598
11	Alat Rumah Tangga	18,368	17,902	216	250	49,346,527,277
12	Alat Studio	366	366	-	-	3,241,016,677
13	Alat Komunikasi	925	917	6	2	2,421,786,711
14	Peralatan Pemancar	14	14	-	-	2,800,308,457
15	Alat Kedokteran	21,591	20,974	212	405	533,279,301,958
16	Alat Kesehatan Umum	830	830	-	-	2,089,748,318
17	Unit Alat Laboratorium	3,144	3,000	48	96	38,774,035,461
18	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	678	676	-	2	965,591,891
19	Unit Alat Laboratorium Fisika Nuklir/Elektronika	16	15	1	-	10,762,516,320
20	Alat Proteksi Radiasi/Proteksi Lingkungan	119	74	-	45	1,513,184,100
21	Radiation Application&Non Destructive Testing Laboratory	1	1	-	-	58,991,000
22	Alat Laboratorium Lingkungan Hidup	111	110	-	1	568,459,269
23	Peralatan Laboratorium Hydrodinamica	29	29	-	-	842,225,000
24	Alat Laboratorium Standarisasi Kalibrasi&Instrumentasi	186	185	-	1	999,460,370
25	Persenjataan Non senjata Api	19	19	-	-	104,695,250
26	Alat Khusus Kepolisian	13	13	-	-	502,920,875
27	Komputer Unit	1,366	1,363	-	3	11,331,048,754
28	Peralatan Komputer	2,110	2,089	3	18	8,499,127,790
29	Alat Eksplorasi Geofisika	1	1	-	-	171,000
30	Pengolahan dan Pemurnian	1	1	-	-	562,318,185
31	Alat Pelindung	16	16	-	-	182,207,500
32	Alat Sar	8	8	-	-	5,393,025
33	Alat Kerja Penerbangan	24	24	-	-	61,758,400
34	Alat Peraga Pelatihan dan Percontohan	51	51	-	-	21,190,210,800
35	Unit Peralatan Proses/Produksi	336	336	-	-	1,888,647,020
36	Peralatan Olah Raga	14	14	-	-	10,040,000

No	URAIAN	Qty	KEADAAN/KONDISI			Nilai (Rp)
			BAIK	RUSAK RINGAN	RUSAK BERAT	
C.	GEDUNG DAN BANGUNAN	105	101	-	4	249,620,014,557
1	Bangunan Gedung Tempat Kerja	64	64	-	-	249,061,855,827
2	Bangunan Gedung Tempat Tinggal	2	2	-	-	117,800,000
3	Tugu/Tanda Batas	39	35	-	4	440,358,730
D.	JALAN DAN JEMBATAN	22,271	22,266	4	1	5,303,766,705
1	Jalan	22,271	22,266	4	1	5,303,766,705
E.	IRIGASI	12	12	-	-	2,993,080,032
1	Bangunan Pengembangan Sumber Air dan Sumber Tanah	4	4	-	-	257,120,000
2	Bangunan Air Bersih/Air Baku	3	3	-	-	38,369,570
3	Bangunan Air Kotor	5	5	-	-	2,697,590,462
F.	JARINGAN	42	42	-	-	2,321,810,869
1	Instalasi Pertahanan	1	1	-	-	20,320,300
2	Instalasi Gas	1	1	-	-	42,176,200
3	Instalasi Lain	1	1	-	-	24,833,600
4	Jaringan Listrik	38	38	-	-	2,212,745,769
5	Jaringan Telephone	1	1	-	-	21,735,000
G.	ASET TETAP LAINNYA	20	20	-	-	18,309,462
1	Bahan Perpustakaan Tercetak	20	20	-	-	18,309,462
H.	ASET TETAP YANG TIDAK DIGUNAKAN	491	-	-	491	9,457,916,154
1	Alat Bantu	2	-	-	2	1,042,500,000
2	Alat Angkutan Darat Bermotor	4	-	-	4	281,664,909
3	Alat Angkutan Darat Tak Bermotor	-	-	-	-	-
4	Alat Pengolahan	-	-	-	-	-
5	Alat Kantor	28	-	-	28	11,539,000
6	Alat Rumah Tangga	238	-	-	238	670,017,625
7	Alat Komunikasi	2	-	-	2	99,000
8	Alat Kedokteran	172	-	-	172	5,291,996,367
9	Unit Alat Laboratorium	27	-	-	27	956,345,878
10	Unit Alat Laboratorium Kimia Nuklir	1	-	-	1	1,135,487,000
11	Alat Laboratorium Standarisasi kalibrasi & Instrumentasi	-	-	-	-	-
12	Komputer Unit	3	-	-	3	17,216,375
13	Peralatan Komputer	14	-	-	14	51,050,000
I.	PATEN	48	48	-	-	4,056,963,926
1	Aset Tak Berwujud	48	48	-	-	4,056,963,926
J.	KONTRUKSI DALAM Pengerjaan	-	-	-	-	179,388,973,163
1	Gedung dan Bangunan	-	-	-	-	179,388,973,163

Sumber daya sarana dan prasarana atau Barang Milik Negara (BMN) yang dimiliki RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung adalah sebagaimana pada dokumen Laporan Barang Kuasa Pengguna Tahunan per 31 Desember Anggaran 2016. Barang Milik Negara (BMN) Intrakomptabel RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahunan per 31 Desember Anggaran 2016 bernilai nominal sebesar Rp.1,716,947,699,333,00 dengan uraian per kelompok barang sebagai berikut:

- a. Tanah, dengan kode kelompok barang 131111, seluas 87.798 M² dengan nilai nominal sebesar Rp.437.792.861.620,00
- b. Peralatan dan Mesin, dengan kode kelompok barang 131311, sejumlah 43,824 unit dengan nilai nominal sebesar Rp.726.012.312.307,00
- c. Gedung dan Bangunan, dengan kode kelompok barang 131511, sejumlah 75 unit dengan nilai nominal sebesar Rp.249.620.014.557,00
- d. Jalan dan Jembatan, dengan kode kelompok barang 131711, 22.271m² lokasi dengan nilai nominal sebesar Rp.5.303.766.705,00
- e. Irigasi, dengan kode kelompok barang 131712, sejumlah 11 unit dengan nilai nominal sebesar Rp.2.993.080.032,00
- f. Jaringan, dengan kode kelompok barang 131713, sejumlah 42 unit dengan nilai nominal sebesar Rp.2.321.810.869,00
- g. Konstruksi dalam pengerjaan gedung dan bangunan dengan kode kelompok 132111 sebesar Rp.279.388.973.163,00
- h. Aset tidak berwujud, dengan kode kelompok barang 153151, dengan nilai nominal sebesar Rp.4.056.963.926,00
- i. Aset tetap yang tidak digunakan, dengan kode kelompok barang 154112, sejumlah 853 unit dengan nilai nominal sebesar Rp.9.457.916.154,00

3. Sumber Daya Anggaran dan Realisasi

Tabel 3.14.

Sumber Daya Anggaran dan Realisasi

KODE	JENIS BELANJA	SUMBER DANA	PAGU	REALISASI	%
1	2	3	4	5	6
A	APBN (RUPIAH MURNI)	RM	338.869.326.000	326.284.849.099	96,29

51	PEMBAYARAN GAJI DAN TUNJANGAN				
511111	Belanja Gaji Pokok PNS		101.232.505.000	97.969.648.108	96,78
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS		1.679.000	1.392.883	82,96
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS		7.555.676.000	6.702.509.510	88,71
511122	Belanja Tunj. Anak PNS		2.061.531.000	1.799.884.522	87,31
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS		491.540.000	439.195.000	89,35
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS		9.187.080.000	8.851.332.568	96,35
511125	Belanja Tunj. PPh PNS		950.392.000	1.195.870.888	125,83
511126	Belanja Tunj. Beras PNS		5.683.767.000	5.141.602.740	90,46
511129	Belanja Uang Makan PNS		19.522.584.000	16.619.502.000	85,13
511147	Belanja Tunjangan Uang Duka		45.000.000		0
511151	Belanja Tunjangan Umum		2.034.516.000	1.810.739.002	89,00
512211	Belanja Uang Lembur		249.120.000	455.174.000	182,71
52	Penyelenggaraan oprs & Pemi. Perkantoran				
52111	Belanja Bahan Makanan		12.047.881.000	12.046.217.736	99,99
52112	Obat-obatan		39.451.371.000	39.425.006.000	99,93
52211	Belanja Langganan Daya dan Jasa		13.646.615.000	14.953.726.323	109,58
521119	Belanja barang operasional lainnya		20.705.621.000	18.001.176.594	86,94
53	Belanja Modal				
532000	Alat Kesehatan dan Pendidikan		104.002.448.000	100.871.871.225	96,99
B	PNBP-BLU	BLU	728.748.532.000	690.672.758.218	94,78
525	Belanja Barang				
525111	Belanja Gaji dan Tunjangan		246.669.414.000	246.565.776.445	99,96
525112	Belanja Barang		269.706.318.000	257.812.085.310	95,59
525113	Belanja Jasa		2.585.052.000	1.807.763.622	69,93
525114	Belanja Pemeliharaan		17.054.119.000	13.374.861.778	74,43
525115	Belanja Perjalanan		1.012.537.000	886.444.102	87,55
525119	Belanja Peny. Barang dan Jasa BLU Lainnya		81.889.832.000	79.412.432.691	96,97
537	Belanja Modal (BLU)				
537112	Belanja Modal Peralatan dan Mesin		20.387.716.000	20.286.947.429	99,51
537113	Belanja Modal Gedung dan Bangunan		89.443.544.000	70.526.446.841	78,85
	JUMLAH (RUPIAH MURNI + PNBP BLU)		1.067.617.858.000	1.016.957.607.317	95,25

BAB IV

KESIMPULAN

Capaian kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2016 dalam meningkatkan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program sesuai dengan Rencana Strategis Bersama (RSB) RSUP Dr. Hasan Sadikin Tahun 2015 – 2019 dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di tiap-tiap Bagian.

Pada umumnya kinerja pelaksanaan kegiatan untuk mendukung program-program yang ada telah mendekati pencapaian sesuai target yang telah direncanakan, adapun permasalahan-permasalahan yang dihadapi antara lain diterapkannya kebijakan tentang sistem rujukan berjenjang yang berdampak pada menurunnya jumlah kunjungan.

Keberhasilan yang telah dicapai pada tahun 2016 diharapkan dapat menjadi parameter agar kegiatan-kegiatan di masa mendatang dapat dilaksanakan secara lebih efektif dan efisien. Sedangkan untuk hal-hal yang menghambat tercapainya target dan rencana pelaksanaan kegiatan diharapkan dapat ditemukan solusi serta alternatif penyelesaiannya dengan mengedepankan *profesionalisme* di lingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin.

Laporan akuntabilitas kinerja RSUP Dr. Hasan Sadikin ini selain merupakan media pertanggungjawaban kinerja, juga diharapkan dapat digunakan sebagai alat komunikasi dan bahan masukan bagi para pemangku jabatan baik dilingkungan RSUP Dr. Hasan Sadikin maupun di tingkat Kementerian Kesehatan RI dalam rangka peningkatan kinerja dimasa yang akan datang.

Lampiran

RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
NERACA
Per 31 Desember 2016

ASET	31-Des-16	TA 2015	NAIK/TURUN	%
ASET LANCAR				
1.1.1 Kas dan Selera Kas	73.396.549.897	20.102.201.114	53.294.348.783	265,12
1.1.2 Investasi Lancar	0	0	0	0,00
1.1.3 Piutang Pelayanan	85.196.131.974	68.892.250.488	16.303.881.486	23,67
1.1.4 Penyisihan Piutang	-51.083.831.500	-48.323.978.891	-2.759.852.609	5,71
Piutang Pelayanan Netto	34.112.300.474	20.568.271.597	13.544.028.877	65,85
1.1.5 Piutang Usaha Lain-lain	106.270.093	27.500.000	78.770.093	286,44
1.1.6 Persediaan	51.904.127.156	37.501.217.577	14.402.909.579	38,41
1.1.7 Uang Muka	0	0	0	0,00
1.1.8 Beban Dibayar Dimuka	0	0	0	0,00
TOTAL ASET LANCAR	159.519.247.620	78.199.190.288	81.320.057.332	103,99
ASET TETAP				
1.2.1 Tanah	437.792.861.620	437.792.861.620	0	0,00
1.2.2 Peralatan dan Mesin	724.761.132.676	594.339.090.368	130.422.042.308	21,94
1.2.3 Gedung dan Bangunan	249.469.572.627	237.601.391.376	11.868.181.251	4,99
1.2.4 Jalan, Irigasi dan Jaringan	10.618.657.606	9.274.032.526	1.344.625.080	14,50
1.2.5 Aset Tetap Lainnya	18.309.462	0	18.309.462	0,00
1.2.6 Konstruksi Dalam Penyelesaian	179.358.082.963	124.013.562.591	55.344.520.372	44,63
1.2.7 Akumulasi Penyusutan Aktiva Tetap	-560.258.938.766	-482.605.048.416	-77.653.890.350	16,09
TOTAL ASET TETAP	1.041.759.678.188	920.415.890.065	121.343.788.123	13,18
ASET LAINNYA				
1.3.1 Aset Tak Berwujud	13.543.574.280	190.014.000	13.353.560.280	7.027,67
1.3.2 Aset Kerja Sama Operasional	0	0	0	0,00
1.3.3 Aset Sewaan	0	0	0	0,00
1.3.4 Aset Yang Tidak Digunakan	0	0	0	0,00
1.3.5 Beban Dibayar Dimuka	0	0	0	0,00
1.3.6 Aset Lain-lain	0	0	0	0,00
1.3.7 Akumulasi Amortisasi	-11.038.604.602	-38.002.800	-11.000.601.802	28.946,82
TOTAL ASET LAINYA	2.504.969.678	152.011.200	2.352.958.478	1.647,88
TOTAL ASET	1.203.783.895.486	998.767.091.553	205.016.803.933	20,53
KEWAJIBAN DAN EKUITAS				
KEWAJIBAN JANGKA PENDEK				
2.1.1 Utang Usaha	91.161.332.320	11.478.484.439	79.682.847.881	694,19
2.1.2 Utang Muka Pasien	366.777.660	321.863.019	44.914.641	13,95
2.1.3 Pendapatan Diterima Dimuka	775.729.167	503.041.666	272.687.501	54,21
2.1.4 Beban Yang Masih Harus Dibayar	13.982.444.637	4.966.712.840	9.015.731.797	181,52
2.1.5 Utang Pajak	0	0	0	0,00
2.1.6 Utang Jangka Pendek Lainnya	0	0	0	0,00
TOTAL KEWAJIBAN J. PENDEK	106.286.283.784	17.270.101.964	89.016.181.820	515,44
EKUITAS				
3. Ekuitas	1.097.497.611.702	981.496.989.589	116.000.622.113	11,82
TOTAL EKUITAS	1.097.497.611.702	981.496.989.589	116.000.622.113	11,82
TOTAL KEWAJIBAN DAN EKUITA	1.203.783.895.486	998.767.091.553	205.016.803.933	20,53

NIP.

RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
LAPORAN OPERASIONAL
Per 31 Desember 2016

PENDAPATAN		31-Des-16	TA 2015	NAIK/TURUN	%
PENDAPATAN JASA LAYANAN					
4.1.1	Pendapatan Usaha Rawat Jalan	230.428.316.825	117.666.342.951	112.761.973.874	95,83
4.1.2	Pendapatan Usaha Rawat Inap	528.550.142.197	442.883.602.190	85.666.540.007	19,34
TOTAL PENDAPATAN JASA LAYANAN		758.978.459.022	560.549.945.141	198.428.513.881	35,40
4.2	Pendapatan Usaha Lainnya	19.479.221.879	20.650.135.312	-1.170.913.433	-5,67
4.3	Pendapatan Lainnya	675.667.111	2.940.505.567	-2.264.838.456	-77,02
4.4	Hibah/Donasi/Sumbangan Non Pemerintah	402.229.000	347.725.000	54.504.000	15,67
PENDAPATAN APBN					
4.5.1	Operasional	226.093.074.116	169.003.904.668	57.089.169.448	33,78
4.5.2	Investasi	100.871.871.225	58.268.384.209	42.603.487.016	73,12
TOTAL PENDAPATAN		1.106.500.522.353	811.760.599.897	294.739.922.456	36,31
BEBAN					
BEBAN LAYANAN					
5.1.1	Beban Pegawai	387.638.264.759	344.203.521.087	43.434.743.672	12,62
5.1.10	Beban Penyisihan Piutang	2.759.852.609	0	2.759.852.609	0,00
5.1.11	Beban Subsidi Pasien	19.099.516.975	40.639.809.506	-21.540.292.531	-53,00
5.1.12	Beban Perjalanan Dinas	304.585.193	154.936.537	149.648.656	96,59
5.1.13	Beban Pelayanan Lainnya	812.626.756	1.738.652.032	-926.025.276	-53,26
5.1.2	Beban Bahan	372.323.332.701	296.257.960.551	76.065.372.150	25,68
5.1.3	Beban Pemeliharaan	18.739.073.204	18.749.354.044	-10.280.840	-0,05
5.1.4	Beban Daya & Jasa	15.337.884.098	14.554.632.151	783.251.947	5,38
5.1.5	Beban Pendidikan dan Pelatihan	0	64.612.887	-64.612.887	0,00
5.1.6	Beban Penelitian dan Pengembangan	6.578.803.616	2.878.363.079	3.700.440.537	128,56
5.1.7	Beban Penyusutan	54.356.715.656	53.433.350.182	923.365.474	1,73
5.1.8	Beban Amortisasi	11.000.601.802	0	11.000.601.802	0,00
5.1.9	Beban Promosi	0	0	0	0,00
TOTAL BEBAN LAYANAN		888.951.257.369	772.675.192.056	116.276.065.313	15,05
BEBAN UMUM DAN ADMINISTRASI					
5.2.1	Beban Pegawai	59.589.684.811	56.466.875.547	3.122.809.264	5,53
5.2.10	Beban Penyisihan Piutang	0	0	0	0,00
5.2.11	Beban Subsidi Pasien	0	0	0	0,00
5.2.12	Beban Perjalanan Dinas	1.533.822.746	1.229.625.021	304.197.725	24,74
5.2.13	Beban Umum dan Administrasi Lainnya	12.017.293.833	5.841.895.569	6.175.398.264	105,71
5.2.2	Beban Bahan	5.383.255.550	3.672.474.203	1.710.781.347	46,58
5.2.3	Beban Pemeliharaan	2.192.905.824	3.385.925.534	-1.193.019.710	-35,23
5.2.4	Beban Daya & Jasa	319.132.992	513.871.223	-194.738.231	-37,90
5.2.5	Beban Pendidikan dan Pelatihan	0	4.708.000	-4.708.000	0,00
5.2.6	Beban Penelitian dan Pengembangan	7.705.460.950	12.484.075.482	-4.778.614.532	-38,28
5.2.7	Beban Penyusutan	23.297.174.694	22.900.007.221	397.167.473	1,73
5.2.8	Beban Amortisasi	0	0	0	0,00
5.2.9	Beban Promosi	0	0	0	0,00
TOTAL B. UMUM DAN ADM		112.038.731.400	106.499.457.800	5.539.273.600	5,20
BEBAN LAINNYA					
5.3.1	Beban Bunga	0	0	0	0,00
5.3.2	Beban Administrasi Bank	15.776.599	5.147.308	10.629.291	206,50
TOTAL BEBAN LAINNYA		15.776.599	5.147.308	10.629.291	206,50
TOTAL BEBAN		1.001.005.765.368	879.179.797.164	121.825.968.204	13,86

**RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
LAPORAN ARUS KAS**

	31-Des-16	TA 2015	NAIK/TURUN	
ARUS KAS DARI AKTIVITAS OPERASIONAL				
ARUS MASUK	1.107.091.080.516	955.894.883.685	151.196.196.831	15,82
1.1.1 Penerimaan Usaha dari Jasa Layanan	723.573.391.962	672.001.487.822	51.571.904.140	7,67
1.1.2 Penerimaan Usaha Lainnya	19.684.909.380	20.677.635.312	-992.725.932	-4,80
1.1.3 Penerimaan Lainnya	663.897.018	2.940.505.567	-2.276.608.549	-77,42
1.1.5 Penerimaan APBN (Rupiah Murni)	326.964.945.341	227.272.288.877	99.692.656.464	43,86
1.1.6 Penerimaan/(Pengeluaran) Dana Pihak K	44.914.641	-261.083.787	305.998.428	-117,20
1.1.7 Penerimaan Pungutan Pajak	35.862.194.274	33.264.049.894	2.598.144.380	7,81
1.1.8 Penerimaan TPTGR/Denda/Lainnya	296.827.900	0	296.827.900	0,00
ARUS KELUAR	862.111.466.238	857.235.677.034	4.875.789.204	0,57
1.2.1 Belanja Pegawai	140.877.515.061	133.211.085.493	7.666.429.568	5,76
1.2.2 Belanja Barang	685.074.929.003	690.760.541.647	-5.685.612.644	-0,82
1.2.3 Seloran Pajak Yang Dipungut	35.862.194.274	33.264.049.894	2.598.144.380	7,81
1.2.4 Penyetoran TPTGR/Denda/Lainnya ke Ka	296.827.900	0	296.827.900	0,00
ARUS KAS NETO DARI AKTIVITAS OPERASIONAL	244.979.614.278	98.659.206.651	146.320.407.627	148,31
ARUS KAS DARI AKTIVITAS INVESTASI				
ARUS MASUK	0	0	0	0,00
1.3 Arus Masuk dari Aktivitas Investasi	0	0	0	0,00
1.3.1 Hasil Penjualan Aset Tetap	0	0	0	0,00
1.3.2 Hasil Penjualan Investasi Jangka Panjang	0	0	0	0,00
1.3.3 Hasil Penjualan Aset Lainnya	0	0	0	0,00
ARUS KELUAR	191.685.265.495	128.686.848.043	62.998.417.452	48,95
1.4.1 Perolehan Aset Tetap	191.685.265.495	128.686.848.043	62.998.417.452	48,95
1.4.2 Perolehan Investasi Jangka Panjang	0	0	0	0,00
1.4.3 Perolehan Aset Lainnya	0	0	0	0,00
ARUS KAS NETO DARI AKTIVITAS INVESTASI	-191.685.265.495	-128.686.848.043	-62.998.417.452	48,95
ARUS KAS DARI AKTIVITAS PENDANAAN				
ARUS MASUK	0	0	0	0,00
1.5.1 Perolehan Pinjaman	0	0	0	0,00
1.5.2 Penerimaan Kembali Pokok Pinjaman	0	0	0	0,00
ARUS KELUAR	0	0	0	0,00
1.6 Arus Keluar dari Aktivitas Pendanaan	0	0	0	0,00
1.6.1 Pembayaran Pokok Pinjaman	0	0	0	0,00
1.6.2 Pembelian Pinjaman	0	0	0	0,00
ARUS KAS NETO DARI AKTIVITAS INVESTASI	0	0	0	0,00
KENAIKAN / (PENURUNAN) NETO	53.294.348.783	-30.027.641.392	83.321.990.175	-277,48
KAS DAN SETARA KAS AWAL	20.102.201.114	50.129.842.506	-30.027.641.392	-59,90
KAS DAN SETARA KAS AKHIR	73.396.549.897	20.102.201.114	53.294.348.783	265,12

NIP.

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2016
RSUP. Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG

NO	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET TAHUN 2016
I Perspektif Stakeholder			
1	Terwujudnya peningkatan indikator kesehatan Jawa Barat	1. Angka Kematian Ibu (AKI)	%
		2. Angka Kematian Bayi (AKB) Jawa Barat	%
2	Terwujudnya RSHS-RSMC-FKUP sebagai pilihan utama masyarakat	3. Akreditasi RS	% 100
		4. Tingkat Kepuasan Pasien	% 78
		5. Tingkat Kepuasan Peserta Didik	% 74
II Perspektif Proses bisnis			
3	Terwujudnya layanan unggulan	6. % keberhasilan penanganan kasus tersier pada layanan unggulan	% 86
4	Terwujudnya penyempurnaan sistem rujukan dalam jejaring kesehatan	7. % Kasus rujukan yang tepat	% 50
5	Terwujudnya kemitraan strategis (ABGCM)	8. Jumlah KSO alat medik > Rp 5 M	KSO 5
6	Terwujudnya integrasi layanan, pendidikan dan penelitian	9. % Kepatuhan Clinical Pathway yang Sejalan Kurikulum Pendidikan	% 50
7	Terwujudnya pengarus-utamaan riset pusat studi untuk kesehatan masyarakat	10. Jumlah Publikasi Riset Translasional	buah 150
8	Terwujudnya sarana prasarana yang andal	11. Tingkat keandalan sarpras	% 75
9	Terwujudnya kemandirian finansial	12. POBO (Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional)	% 82
10	Terwujudnya keuangan yang akuntabel, transparan dan cost-effective	13. Hasil Audit Keuangan	WT P

1 Kegiatan operasional pelayanan	Rp 784.129.028.000
2 Kegiatan persiapan dan pemeliharaan akreditasi dan JCI	Rp 2.862.744.000
3 Kegiatan pengembangan pelayanan RSHS	Rp 213.135.209.000
4 Pengadaan, pembinaan dan pengembangan SDM berbasis kompetensi	Rp 9.453.800.000
TOTAL	Rp 1.009.580.781.000

Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan




dr. Bambang Wibowo, Sp. OG(K), MARS
NIP. 196108201988121001

Direktur Utama RSUP dr. Hasan Sadikin



dr. Ayl Djembarsari, MARS
NIP. 195711091984102001



**KONTRAK KINERJA
ANTARA**


**DIREKTUR JENDERAL PERBENDAHARAAN
KEMENTERIAN KEUANGAN RI**

DENGAN

**DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

TAHUN 2016

Nomor : PRJ-34/PB/2016



Pada hari ini, Kamis, tanggal dua puluh delapan, bulan Januari, tahun dua ribu enam belas, bertempat di Jakarta, kami yang bertandatangan di bawahini:

- Nama** : Dr. Marwanto Harjowiryono, M.A.
Jabatan : Direktur Jenderal Perbendaharaan, Kementerian Keuangan RI
 Dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Menteri Keuangan RI
 Selanjutnya disebut sebagai PIHAK PERTAMA
- Nama** : dr. Ayi Djembarsari, MARS
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat dr. Hasan Sadikin Bandung
 Kementerian Kesehatan RI
 Selanjutnya disebut sebagai PIHAK KEDUA

Bersepakat bahwa dalam rangka mewujudkan Badan Layanan Umum yang efektif, transparan, akuntabel dan berorientasi pada hasil diperlukan Kontrak Kinerja Tahun 2016, dengan ketentuan:

PIHAK KEDUA menyatakan kesanggupan untuk mencapai target pada Indikator Kinerja Terpilih sebagai berikut:


No	Indikator Kinerja	Nilai Standar	Target 2016			
			Triwulan I	Triwulan II	Triwulan III	Triwulan IV
1.	Ketepatan Identifikasi Pasien	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Kepatuhan terhadap <i>Clinical Pathway</i>	100%	100%	100%	100%	100%
3.	Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional	65%	70%		72%	
4.	Kepuasan Pelanggan	80%	75 %		77%	
5.	Waktu tunggu pelayanan resep obat jadi	30 menit	40 menit	40 menit	35 menit	30 menit

PIHAK KEDUA bersedia menerima konsekuensi atas capaian target kinerja tersebut.

Reviu dan evaluasi atas capaian kinerja dilaksanakan oleh PIHAK PERTAMA untuk selanjutnya dipergunakan sebagai dasar pertimbangan pemberian remunerasi.


Jakarta, 28 Januari 2016

Rumah Sakit Umum Pusat
Dr. Hasan Sadikin Bandung
Direktur Utama,



dr. Ayi Djembarsari, MARS
NIP 195711091984102001

Direktorat Jenderal Perbendaharaan
Direktur Jenderal,



Dr. Marwanto Harjowiryono, M.A.
NIP 195906061983121001



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG**

Jalan Pasteur No. 38, Bandung 40161
Telepon : (022) 2034953, 2034954 (bunting) Faksimile : (022) 2032216, 2032533
Laman : www.rshs.or.id Pos el : luuprshs@gmail.com
SMS hotline : 08112335555



**KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP. Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
NOMOR : HK.03.05/C011/11395 /XII/2016
TENTANG
TIM PENYUSUNAN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA DAN
LAPORAN TAHUNAN RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG
TAHUN 2016**

Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung,

- Menimbang : a. bahwa sehubungan dengan akan berakhirnya pelaksanaan kegiatan tahun anggaran 2016 maka perlu segera dilakukan penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2016;
- b. bahwa sehubungan dengan butir a tersebut, dan untuk mendukung pelaksanaannya dianggap perlu untuk membentuk Tim Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2016;
- c. bahwa nama-nama pegawai yang tersebut dalam lampiran Keputusan ini dianggap mampu dan cakap untuk ditunjuk sebagai Tim Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2016;
- d. bahwa sehubungan dengan butir a-c tersebut diatas dan untuk menunjang tertib administrasi maka pembentukan Tim Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2016 tersebut perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
- Mengingat : 1. Undang Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
2. Undang Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
3. Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
5. Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005, tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1673/Menkes/Per/XII/2005 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1081/Menkes/SK/X/2007 tentang Susunan dan Uraian Jabatan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung;
- Memperhatikan : Pertimbangan Direksi RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung

Kesehatan Anda menjadi Prioritas Kami



MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG TENTANG TIM PENYUSUNAN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA DAN LAPORAN TAHUNAN RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2016**
- PERTAMA : Tim Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2016, dengan susunan personalia sebagaimana tersebut pada lampiran Keputusan ini
- KEDUA : Tugas Tim Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2016, adalah :
1. Mengumpulkan data terkait Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan Tahun 2016
 2. Melakukan verifikasi data
 3. Melakukan analisis data dan informasi
 4. Menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan Tahun 2016
 5. Klarifikasi Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan Tahun 2016
 6. Melaksanakan tugas lain yang terkait dengan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan Tahun 2016
- KETIGA : Dalam pelaksanaan tugasnya Tim Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja dan Laporan Tahunan RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung Tahun 2016 berkewajiban untuk melaporkan hasil kerjanya kepada Direktur Utama melalui Direktur Umum dan Operasional
- KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan selesainya pelaksanaan tugas dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam penetapannya akan diubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bandung
Pada tanggal : 8 Desember 2016



Tembusan :

1. Dewan Pengawas RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
2. Para Direktur RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
3. Para Ketua SPI/Komite RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung
4. Para Kepala Bagian/Bidang/UPF/Instalasi yang terkait di lingkungan RSHS Bandung
5. Masing-masing yang bersangkutan

Lampiran Keputusan Direktur Utama RSUP. Dr. Hasan Sadikin Bandung
Nomor : HK.03.05/C011/17375/XII/2016
Tanggal : 8 Desember 2016

SUSUNAN PERSONALIA
TIM PENYUSUNAN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA DAN LAPORAN
TAHUNAN RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG TAHUN 2016

Pelindung : Direktur Utama RSUP Dr. Hasan Sadikin

Penanggung jawab : Direktur Umum dan Operasional RSUP Dr. Hasan Sadikin

Ketua : dr. Lina Lasminingrum, Sp.THT-KL(K), M.Kes.

Wakil Ketua : dr. Ali Budi Harsono, Sp.OG(K), M.Kes.

Sekretaris I : Budi Rahadian, S.Sos., MKM

Sekretaris II : dr. Sayu Wulan Sari Dewi, MH.Kes.

Anggota :
1. Siti Mahmudah, SH., M.H.Kes.
2. Dr. dr. Ruswana Anwar, Sp.OG(K), M.Kes.
3. dr. Bambang AmAm Setya Sulthana, Sp.B-KBD.
4. Airiyani, S.Kp., MM.
5. Dra. Martin Takarini, MAB
6. Lilis Risnawati, SE
7. dr. Tjiptaningsih Baliani
8. dr. Anggraini Alam, Sp.A(K)
9. dr. Diah Asri Wulandari, Sp.A(K)
10. Wiyogo Wahyu Utomo, ST, M.Kom
11. Nina Kirana Poetri Trijoeliati, S.Kp.
12. Tri Handajani, SE.Ak., MM
13. Dra. Pinpin Siti Pudjiawati
14. Ir. Budi Utomo, MKM
15. Dani Hadianto, SE
16. Leni Hartati, SAB
17. Singgih Pambudi, S.Kep.,Ners.
18. Hj. Henti Sugesti, S.Kp., M.Kep.
19. dr. Dewi Ayu Astuti
20. Rini Siti Nurjanah, S.Pd.
21. Agus Suramto, S.Sos.
22. Wiwin Tresnadewi
23. Erina Petriana, SAB

DIREKTUR UTAMA, dr

DIREKTUR UTAMA
RSUP DR. HASAN SADIKIN BANDUNG
ATI LUJENA HARSARI
NIP. 196701091984102001

