



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH TAHUN 2019

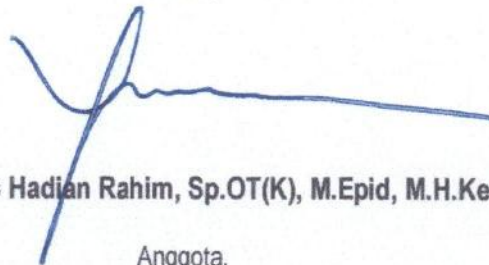
LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG
TAHUN 2019

Bandung, 30 Januari 2020

Mengetahui/mengesahkan,

Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung
Dewan Pengawas

Ketua,



Dr. dr. Agus Hadian Rahim, Sp.OT(K), M.Epid, M.H.Kes.

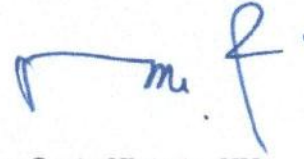
Anggota,



drg. Tritarayati, S.H., M..H.Kes.



Prof.dr.Suhardjo.SU, Sp.M(K).



Drs. Sapto Mintarto, MM.



Eddy Abdurrahman

LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG
TAHUN 2019

Bandung, 30 Januari 2020

Mengetahui/mengesahkan,

Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung
Direktur Utama,



dr. Irayanti, SpM (K), MARS.
NIP. 196201231989012001

Direktur Keuangan,



Ayi Wagiaty Sari, SE, MM.
NIP. 196511081991032002

Direktur Medik dan Keperawatan,



Dr. dr. Feti Karfiati Memed, SpM (K), M.Kes.
NIP. 196302211988032002

Direktur
Umum, SDM dan Pendidikan,



Hartono, SKM, M.Kes.
NIP. 196908271993031003

Kata Pengantar

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dapat menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) yang merupakan pencapaian kinerja rumah sakit dari Bulan Januari sampai dengan Bulan Desember tahun 2019.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) ini sebagai bentuk pertanggungjawaban keberhasilan, kendala dan masalah yang dihadapi pada pelaksanaan visi dan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis PMN RS Mata Cicendo Bandung.

Demikian laporan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagai bahan monitoring dan evaluasi terhadap kinerja Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2019.

Bandung, 30 Januari 2020

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang telah direncanakan pada tahun 2019 sesuai dengan Indikator Kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung 2015 – 2019.

Rencana Strategis 2015 – 2019 menjabarkan sasaran utama/strategis, strategi, program, kegiatan, target dan indikator kinerja dalam rangka mewujudkan visi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja diharapkan dapat memberikan gambaran dan informasi tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam pelayanan, pendidikan, penelitian dan pengembangan kesehatan mata, serta bukti pertanggungjawaban sumber daya yang meliputi SDM, anggaran, sarana dan prasarana selama tahun 2019.

Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2019 disusun melalui proses penetapan sasaran strategis, program, kegiatan, target dan indikator yang diselaraskan dengan Rencana Strategis, kemudian dilakukan pengukuran kinerja untuk menilai tingkat keberhasilan, kegagalan serta menggali permasalahan yang dihadapi untuk mendapatkan faktor penyebab yang mendasar.

Berdasarkan pengukuran kinerja, indikator kinerja tahun 2019 yang telah disepakati antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dengan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo belum seluruhnya mencapai target yang telah ditetapkan, yang disebabkan beberapa hambatan dan permasalahan-permasalahan, antara lain masih lemahnya penyusunan perencanaan kegiatan, lemahnya pengorganisasian, serta adanya kebijakan eksternal rumah sakit. Dari 25 indikator kinerja terdapat 20 indikator atau 80 % yang mencapai/ melewati target yang telah ditetapkan, sedangkan kegiatan yang tidak tercapai sebanyak 5 indikator atau 20%.

Alokasi anggaran Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2019 sebesar Total realisasi penyerapan anggaran pada tahun 2019 Rp.239.146.291.661,- atau 93.46% dari total pagu revisi sebesar Rp. 255.884.121.000,-. Realisasi penyerapan anggaran RM Tahun 2019 sebesar Rp.50.035.562.722,- atau sebesar 96.71% dan realisasi penyerapan anggaran BLU Tahun 2019 sebesar Rp.189.110.728.939,- atau sebesar 92.64%.

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	iii
IKHTISAR EKSEKUTIF	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GRAFIK	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
 BAB I PENDAHULUAN	 1
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan.....	4
C. Tugas Pokok, Fungsi dan Struktur Organisasi	4
1. Tugas Pokok	4
2. Fungsi	5
3. Struktur Organisasi	5
D. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran.....	12
E. Permasalahan/Hambatan Dalam Pelaksanaan.....	13
F. Sistematika	14

BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA	16
A. Indikator-indikator.....	17
B. Rencana Kinerja Tahunan.....	25
C. Perjanjian Kinerja	27
 BAB III AKUNTABILITAS KINERJA	 30
A. Capaian Kinerja Organisasi	30
1. Realisasi Capaian Dibandingkan dengan Target Indikator Kinerja Tahun 2019.....	31
2. Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2015-2019.....	68
3. Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2015, 2016, 2017, 2018 dan Tahun 2019.....	101
4. Analisis atas Efisiensi Sumber Daya yang Mendukung dalam Pencapaian Kinerja.....	105
B. Sumber Daya	107
1. Sumber Daya Manusia (SDM)	107
2. Sumber Daya Anggaran	110
3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	112
C. Alokasi dan Realisasi Anggaran Rumah Sakit Tahun 2019.....	114
 BAB IV KESIMPULAN	 120

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Rencana Strategis Bisnis Tahun 2015 - 2019	22
Tabel 2.2	Rencana Kinerja Tahunan	25
Tabel 2.3	Perjanjian Kinerja.....	27
Tabel 3.1	Jumlah Penyebaran dan Prosentase Pengisian Kuesioner Berdasarkan Pelayanan Tahun 2019	31
Tabel 3.2	Persentase Kepuasan Pasien Berdasarkan Pelayanan dan Waktu Tahun 2019	32
Tabel 3.3	Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Berdasarkan Pelayanan Tahun 2019	34
Tabel 3.4	Penilaian Indikator Kinerja Rumah Sakit Tahun 2019	37
Tabel 3.5	Persentase Kepuasan Peserta Didik Tahun 2019.....	40
Tabel 3.6	Persentase Komplain yang Ditindaklanjuti Tahun 2019	41
Tabel 3.7	Capaian Indikator Medik sesuai Standar Tahun 2019.....	42
Tabel 3.8	Persentase PPDS Lulus Tepat Waktu Tahun 2019.....	44
Tabel 3.9	Kegiatan Akreditasi Rumah Sakit Tahun 2019.....	45
Tabel 3.10	Persentase KSM yang Berkinerja Baik Tahun 2019.....	55
Tabel 3.11	Persentase Ketersediaan Sarana Prasarana Sesuai Program Tahun 2019.....	61
Tabel 3.12	Persentase Maturitas IT	62
Tabel 3.13	Aplikasi Inovasi yang Dikembangkan Tahun 2019.....	63
Tabel 3.14	Peningkatan Revenue Tahun 2019	64
Tabel 3.15	<i>Cost Recovery</i> Tahun 2019.....	65
Tabel 3.16	Realisasi Indikator Kinerja Pertriwulan Tahun 2019	66

Tabel 3.17	Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2015 – 2019	68
Tabel 3.18	Indikator Kinerja BLU Tahun 2015 - 2019.....	72
Tabel 3.19	Persentase PPDS Lulus Tepat Waktu Tahun 2015 – 2019.....	79
Tabel 3.20	Akreditasi Internasional Tahun 2015 – 2019	80
Tabel 3.21	Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2015, 2016, 2017, 2018 dan Tahun 2019.....	101
Tabel 3.22	Capaian Output dan Realisasi Belanja Tahun 2019	106
Tabel 3.23	Distribusi SDM Menurut Jabatan Tahun 2019.....	107
Tabel 3.24	Distribusi SDM Menurut Golongan Tahun 2019.....	108
Tabel 3.25	Distribusi SDM Menurut Pendidikan Tahun 2019.....	110
Tabel 3.26	Sumber Dana Tahun 2019	111
Tabel 3.27	Sarana dan Prasarana Tahun 2019	112
Tabel 3.28	Alokasi dan Realisasi Anggaran Rumah Sakit Tahun 2019.....	114
Tabel 3.29	Capaian Jumlah Indikator Rencana Strategis Bisnis Tahun 2019... ..	118

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1	Persentase Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Pelayanan dan Waktu Tahun 2019.....	33
Grafik 3.2	Persentase Kehadiran Pegawai yang Tepat Waktu Tahun 2019.....	37
Grafik 3.3	Persentase SDM Non Medik Sesuai Kompetensi Standar Tahun 2019.....	58
Grafik 3.4	Persentase SDM Perawat Mahir Mata Tahun 2019.....	59
Grafik 3.5	Persentase Keandalan Sarana Medik Tahun 2019	60
Grafik 3.6	Persentase Kepuasan Pasien Tahun 2015 - 2019	70
Grafik 3.7	Tingkat Kesehatan Rumah Sakit Tahun 2015 - 2019	71
Grafik 3.8	Persentase Kepuasan Pegawai Tahun 2015 - 2019	73
Grafik 3.9	Persentase Kepuasan Peserta Didik Tahun 2015 – 2019	76
Grafik 3.10	Persentase Komplain yang Ditindaklanjuti Tahun 2015 – 2019.....	77
Grafik 3.11	Persentase Capaian Indikator Medik Sesuai Standar Tahun 2015 - 2019.....	78
Grafik 3.12	Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional Tahun 2015 – 2019.....	81
Grafik 3.13	Jumlah RS Jejaring yang Diampu Tahun 2015 – 2019	83
Grafik 3.14	Jumlah SDM yang Magang di RS Benchmark Tahun 2015 – 2019	84
Grafik 3.15	Jumlah Program Pengampunan dari RS Benchmark yang Dapat Dilaksanakan Tahun 2015 – 2019	85
Grafik 3.16	Pengembangan Layanan Unggulan Mata Anak Terpadu Tahun 2015 – 2019.....	86
Grafik 3.17	Jumlah BTP yang Diimplementasikan Tahun 2015 -2019.....	87
Grafik 3.18	Persentase Unit Kerja yang Menjalankan Tindak Lanjut Temuan Hasil Audit Mutu Tahun 2015 – 2019	89
Grafik 3.19	Persentase KSM yang Berkinerja Baik Tahun 2015 – 2019.....	90
Grafik 3.20	Persentase Kehadiran Pegawai yang Tepat Waktu Tahun 2015-2019.....	91

Grafik 3.21	Persentase SDM Medik yang Telah Mengikuti Pendidikan Lanjutan (Fellowship) Tahun 2015- 2019.....	92
Grafik 3.22	Persentase SDM Non Medik yang Mempunyai Kompetensi Sesuai Standar Tahun 2015 – 2019.....	93
Grafik 3.23	Persentase SDM Perawat yang Mempunyai Kompetensi Mahir Mata Tahun 2015-2019.....	94
Grafik 3.24	Persentase Keandalan Sarana Medik Tahun 2015 – 2019.....	95
Grafik 3.25	Persentase Ketersediaan Sarana Prasarana Sesuai Program Tahun 2015 – 2019.....	96
Grafik 3.26	Persentase Maturitas IT Tahun 2015 – 2019.....	97
Grafik 3.27	Persentase Peningkatan Revenue Tahun 2015-2019.....	98
Grafik 3.28	Cost Recovery Tahun 2015-2019.....	99
Grafik 3.29	Distribusi SDM Menurut Golongan Tahun 2019.....	109

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Perjanjian Kinerja RSB antara Direktur Utama dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan Tahun 2019
Lampiran 2	SK Tim LAKIP 2019
Lampiran 3	Bukti Pengiriman LAKIP 2019
Lampiran 4	Kertas Kerja Evaluasi LAKIP Tahun 2019
Lampiran 5	Struktur Organisasi PMN RS Mata Cicendo
Lampiran 6	Pernyataan Telah Direviu oleh SPI

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pusat Mata Nasional (PMN) Rumah Sakit Mata Cicendo sebagai Rumah Sakit khusus yang bergerak dibidang pelayanan kesehatan mata yang visinya menjadi rumah sakit rujukan nasional yang berstandar internasional, mempunyai strategi yang mencakup segala perkembangan ilmu kesehatan mata baik dalam hal pencegahan, pengobatan ataupun rehabilitasi. PMN RS Mata Cicendo harus dapat mengikuti perkembangan ilmu kesehatan mata yang sangat pesat dengan cara mengembangkan seluruh kemampuan dalam penyediaan sarana dan prasarana yang disertai dengan peningkatan kemampuan di bidang sumber daya manusianya.

Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung merupakan Rumah Sakit Khusus Mata milik Pemerintah Republik Indonesia yang memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 104 unit pada tanggal 15 Januari 2007 telah ditetapkan menjadi Rumah Sakit Khusus Mata kelas A dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 045/Menkes/Per/I/2007 dan pada tahun 2009 Menteri Kesehatan RI dengan surat Keputusan Nomor 059/MenKes/SK/I/2009 tanggal 16 Januari 2009, menetapkan Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung sebagai Pusat Mata Nasional (PMN). Dengan demikian dalam melaksanakan pelayanannya, Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan mata secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan disamping kegiatan pendidikan, pelatihan, pengkajian, penelitian dan pengembangan di bidang kesehatan mata sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) merupakan pertanggungjawaban kinerja yang sudah disepakati pada Perjanjian Kinerja tahun 2019 antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan dengan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung yang meliputi Indikator Kinerja sebagaimana ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2015 - 2019, yang dilaporkan kepada Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan kinerja di masa yang akan datang.

Laporan ini disusun secara obyektif, efisien dan efektif yang diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam mewujudkan pelayanan kesehatan, khususnya kesehatan mata dan penyelenggaraan Negara yang bersih bebas kolusi, korupsi dan nepotisme.

Penyusunan LAKIP ini meliputi pengelolaan sumber daya, keuangan, sarana dan parasarana serta sumber daya manusia yang merangkum suatu proses di mana setiap unit kerja di lingkungan Rumah Sakit Mata Cicendo melakukan evaluasi kinerjanya masing-masing yang memuat keberhasilan, permasalahan dalam mencapai kinerja selama tahun 2019. Hasil evaluasi ini dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan serta langkah-langkah perbaikan baik dalam proses maupun manajemennya serta dapat dilakukan analisa untuk mendapatkan faktor penyebab yang mengakibatkan ketidakberhasilan.

Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2019 merupakan suatu proses yang sistematis dan berkesinambungan antara program dan kegiatan selama 1 (satu) tahun yang meliputi Sasaran Utama/Strategi, Program, Kegiatan, Target dan Indikator Kinerja yang disesuaikan dengan Rencana Strategis Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. Pengukuran Kinerja dilakukan untuk menilai tingkat keberhasilan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan target yang ditetapkan dan alokasi anggarannya dan juga membandingkan realisasi tahun sebelumnya.

Adapun Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) PMN RS Mata Cicendo untuk periode tahun 2015-2019 mempunyai tujuan pokok sebagai berikut :

- 1) Untuk menentukan arah strategi dan prioritas selama lima tahun mendatang
- 2) Untuk menetapkan rencana pelaksanaan kegiatan sesuai sasaran strategis
- 3) Sebagai pedoman penyusunan perencanaan anggaran dalam pencapaian sasaran strategis

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran utama/strategis diarahkan pada program, kegiatan, target serta indikator kinerja yang diharapkan, sehingga Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung menjadi rumah sakit berstandar internasional dengan visinya. Berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama Nomor HK.00.07.5-1.0269, tanggal 19 Januari 2015 tentang visi, misi. Visi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam kurun waktu 5 (lima) periode tahun 2015-2019 sebagai berikut :

“ RS Mata Rujukan Nasional Yang berstandar Internasional Di Bidang Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Kesehatan Mata Pada Tahun 2019 “

Untuk mencapai visi PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung sebagai institusi yang berkelas dunia untuk pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan mata maka disusun misi sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan kesehatan mata yang paripurna sesuai dengan standar internasional yang berorientasi pada kepuasan bagi seluruh lapisan masyarakat, terjangkau, merata dan berkeadilan.

- b. Memberikan peluang dan lingkungan yang kondusif untuk penyelenggaraan pendidikan kesehatan mata yang inovatif.
- c. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan mata.
- d. Melaksanakan pengabdian dan pemberdayaan masyarakat dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan mata.
- e. Meningkatkan upaya kemitraan secara global.
- f. Meningkatkan profesionalisme pegawai.

Penyusunan LAKIP tahun 2019, mengacu pada ketentuan dan peraturan perundang-undangan, yaitu :

- 1. TAP MPR No. XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas KKN
- 2. Undang-Undang No.28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang bersih dan bebas dari KKN
- 3. Inpres No.7 Tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
- 4. Inpres No. 5 Tahun 2004 tentang Percepatan Pemberantasan Korupsi
- 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. Permenkes RI Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
- 8. Keputusan Direktur Jenderal BUK No.HK 02.04//1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 tentang Juknis Penyusunan TAPJA dan LAK UPT
- 9. Permenpan 53 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja Dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah
- 10. Rencana Strategi (Renstra) PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – 2019
- 11. Rencana Bisnis Anggaran (RBA) PMN RS Mata Cicendo Tahun 2019

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) dibangun dalam rangka upaya mewujudkan *good governance* dan sekaligus *result oriented government*. SAKIP merupakan sebuah sistem dengan pendekatan manajemen berbasis kinerja (*Performance Base Management*) untuk penyediaan informasi kinerja. Sedangkan untuk meningkatkan penyelenggaraan pemerintah yang lebih berdaya guna, berhasil guna, bersih dan bertanggungjawab, serta wujud

pertanggungjawaban instansi pemerintah yang baik, maka perlu penyusunan laporan akuntabilitas pada setiap akhir tahun sebagai alat ukur pelaksanaan kegiatan di unit pemerintah.

Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja yang berupa Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat memberikan gambaran umum tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan mata dan pertanggungjawaban sumber daya yang ada, serta dapat memberikan informasi penting tentang laporan capaian kegiatan selama tahun 2019 dalam rangka mencapai visi dan misi yang ditetapkan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Maksud dan Tujuan penyusunan LAKIP Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo tahun 2019 adalah :

1. Sebagai alat untuk pengukuran dan evaluasi kinerja pelaksanaan tugas dan fungsi untuk mencapai tujuan dan sasaran strategi yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis
2. Untuk memberikan informasi pencapaian kinerja yang sudah disusun yang meliputi keberhasilan dan permasalahan sehingga dapat dipergunakan sebagai bahan perbaikan dan peningkatan kinerja.

C. TUGAS POKOK, FUNGSI DAN STRUKTUR ORGANISASI

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 045/MENKES/PER/I/2007 tentang Organisasi dan Tata Kerja PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, mempunyai tugas pokok dan fungsi :

1) Tugas Pokok

Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, mempunyai tugas melaksanakan pelayanan kesehatan mata secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan, kegiatan pendidikan, pelatihan, pengkajian, dan pengembangan di bidang kesehatan mata sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

2) **Fungsi**

Untuk menyelenggarakan tugas tersebut PMN Rumah Sakit Mata Cicendo mempunyai fungsi :

- a. Melaksanakan pelayanan peningkatan kesehatan mata
- b. Melaksanakan pelayanan pencegahan penyakit mata
- c. Melaksanakan pelayanan penyembuhan dan rehabilitasi terhadap pasien penyakit mata dan kebutaan
- d. Melaksanakan asuhan dan pelayanan keperawatan
- e. Melaksanakan pelayanan rujukan kesehatan mata
- f. Melaksanakan kegiatan pendidikan, pelatihan dan penyuluhan
- g. Melaksanakan kegiatan pengkajian dan pengembangan serta penyebarluasan informasi
- h. Melaksanakan administrasi umum dan keuangan

3) **Struktur Organisasi**

Struktur Organisasi PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, terdiri dari :

- a. Direktorat Medik dan Keperawatan
- b. Direktorat Umum, Sumber Daya Manusia dan Pendidikan
- c. Direktorat Keuangan
- d. Instalasi-Instalasi
- e. Satuan Pemeriksa Intern (SPI)

Struktur organisasi secara lengkap dapat dilihat di Daftar Lampiran 1.

1. **Susunan Dewan Pengawas**

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.01.07/MENKES/256/2017, tanggal 29 Mei 2017 susunan Dewan Pengawas adalah sebagai berikut :

Ketua : Dr. dr. Agus Hadian Rahim, Sp.OT(K), M. Epid, M.H.Kes.

- Anggota : 1. drg. Tritarayati,S.H.,M.H.Kes.
2. Prof.dr.Suhardjo.SU, Sp.M (K).
3.. Drs. Sapto Mintarto, M.M.
4. Eddy Abdurrachman

Sekretaris : Ballada Santi, SKM, MKM.

Dewan Pengawas mempunyai tugas sebagai berikut :

- a) Melakukan pengawasan terhadap pengurusan Badan Layanan Umum yang meliputi Pelaksanaan Rencana Bisnis dan Anggaran, Rencana Strategis Bisnis Jangka Panjang sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan,
- b) Memberikan pendapat dan saran kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan mengenai Rencana Bisnis dan Anggaran yang diusulkan oleh pejabat Pengelola BLU
- c) Mengikuti perkembangan kegiatan BLU dan memberikan pendapat dan saran setiap masalah yang dianggap penting bagi pengurusan BLU
- d) Memberikan laporan kepada Menteri Kesehatan dan Menteri Keuangan apabila terjadi menurunnya kinerja BLU
- e) Memberikan nasihat kepada Pejabat Pengelola BLU dalam melaksanakan pengurusan BLU.

2. Susunan Direksi

Rumah Sakit Mata Cicendo dipimpin oleh seorang direktur utama dan 3 orang direktur, dengan susunan organisasi sebagai berikut :

- a. Direktur Utama : dr. Irayanti, SpM(K), MARS.
- b. Direktur Medik dan Keperawatan : Dr. dr. Feti Karfiati Memed,SpM(K), M.Kes.
- c. Direktur Keuangan : Ayi Wagianti Sari, SE, MM.
- d. Direktur Umum, SDM dan Pendidikan : Hartono SKM., M.Kes.

3. Komite Medik

Mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal menyusun standar pelayanan medis, pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan medis, hak klinis khusus kepada Staf Medis Fungsional, program pelayanan, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan

1).Ketua :Dr.dr. Iwan Sovani, SpM (K),M.Kes,MM.

2).Sekretaris Medis : dr. Syumarti, SpM(K),MSc,CEH

3).Sub Komite Kredensial :

- Ketua :Dr. dr.Andika Prahasta, SpM(K),M.Kes.

4).Sub Komite Mutu Profesi :

- Ketua : Dr. dr. Nina Ratnaningsih, Sp.M(K), M.Sc

5).Sub Komite Etika dan Disiplin Profesi

- Ketua : dr. Bambang Setiohadji, SpM(K),MH.Kes.

4. Komite Etik dan Hukum RS.Mata Cicendo Bandung

Mempunyai tugas memberikan pertimbangan kepada Direktur Utama dalam hal menyusun dan merumuskan medicoelikolegal dan etik pelayanan rumah sakit, penyelesaian masalah etik kedokteran, etik rumah sakit, serta pelanggaran terhadap kode etik pelayanan rumah sakit, pemeliharaan etika penyelenggaraan fungsi rumah sakit, kebijakan yang terkait dengan “ Hospital by Laws serta Medical Staff by Laws “ gugus tugas bantuan hukum dalam penanganan masalah hukum di rumah sakit.

a). Ketua : dr. Bambang Setiohadji, SpM(K),MH.Kes.

b). Sekretaris : Noeraida Fatma, S.Sos.

5. Komite Mutu

Ketua Komite Mutu bertugas : Mengkoordinasikan kegiatan penilaian mutu pelayanan rumah sakit yang dilakukan oleh Sub Pengembangan dan akreditasi, Sub Komite Pencegahan dan Pengembangan Infeksi, Sub Komite Manajemen Risiko, Sub Komite Manajemen Kinerja, serta bertanggung jawab atas kualitas mutu pelayanan rumah sakit.

- a). Ketua : dr. Susi Heryati, SpM (K).
- b). Sekretaris : Yetty Kustianti, SAP.
- c). Sub Komite Pengembangan dan Akreditasi : dr. Friska Mardianty, Sp.PA.
- d). Sub.Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi : dr. Angga Fajriansyah, SpM(K).
- f). Sub Komite Manajemen Resiko : dr. M. Adli Boesoirie, Sp.An, M.Kes.
- g). Sub Komite Manajemen Kinerja : dr. Emmy Dwi Sugiarti, SpM(K), M.Kes

6. Satuan Pemeriksaan Intern (SPI)

Satuan Pemeriksa Intern berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktur Utama sebagai satuan kerja fungsional yang bertugas melaksanakan pemeriksaan intern rumah sakit.

- Ketua : Raden Sjaefudin, SKM, MKM
- Sekretaris : Saifulloh, SKM.

7. Komite Koordinasi Pendidikan

- 1). Ketua : dr. Andika Prahasta, Sp.M (K), M.Kes
- 2). Wakil Ketua : dr. Maula Rifada, Sp.M(K), M.Kes
- 3). Sekretaris : Raden Chandra Sukma Kelana, SKM, MKM

8. Komite Etik Penelitian

- 1). Ketua : Dr. dr.M. Rinaldi,Sp.M (K)
- 2). Sekretaris 1 : Dr. dr. Shanti F. Boesoirie, Sp.M(K), M.Kes
- 3). Sekretaris 2 : dr. Antonia Kartika, Sp.M(K), M.Kes

9. Komite Keperawatan

- 1).Ketua : Neni Rostieni, S.Kep, Ners
- 2).Sekretaris : Linda Kartika Mulyadi, S.Kep
- 3).Sub Komite Kredensial
 - Ketua : Maya Lesmana, S.Kep, Ners
- 4).Sub Komite Mutu Profesi
 - Ketua : Teti Sugiarti, S.Kep, Ners, M.Kep
- 5).Sub Komite Etik Disiplin Profesi
 - Ketua : Titing Sulastri, S.Kep, Ners

Susunan Unit-unit dalam organisasi sebagai berikut :

- a. Direktorat Medik dan Keperawatan terdiri dari :
 - 1) Bidang Pelayanan
 - a) Sie. Monitoring dan Evaluasi Medik
 - b) Sie. Renbang pelayanan Medik
 - 2) Bidang Keperawatan
 - a) Sie. Monev Pelayanan Keperawatan
 - b) Sie. Renbang Keperawatan
 - 3) Bidang Fasilitas Medik

- a) Sie. Monev Fas Med dan Keperawatan
- b) Sie. Renbang Fasilitas Medik
- 4) Instalasi :
 - a) Instalasi Rawat Jalan
 - b) Instalasi IGD
 - c) Instalasi Rawat Inap
 - d) Instalasi Paviliun dan Lasik
 - e) Instalasi Diagnostik, Radiologi dan Laser Terapi
 - f) Instalasi Kamar Bedah
 - g) Instalasi Laboratorium
 - h) Instalasi Optik
 - i) Instalasi Farmasi
 - j) Instalasi Ofkom
 - k) Instalasi Anestesi
 - l) Instalasi Rekam Medik
- b. Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan terdiri dari :
 - 1) Bagian Umum
 - a) Sub. Bagian Tata Usaha
 - b) Sub. Bagian Rumah Tangga
 - 2) Bagian Diklat dan Litbang
 - a) Sub. Bagian Monev Diklat-Litbang
 - b) Sub. Bagian Renbang Diklat –Litbang
 - 3) Bagian SDM (Sumber Daya Manusia)
 - a) Sub. Bagian Mutasi dan Kesejahteraan

- b) Sub. Bagian Renbang SDM
- 4) Instalasi :
 - a) Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu
 - b) Instalasi TI dan Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)
 - c) Instalasi Pemasaran, Promosi Kesehatan dan Hubungan Masyarakat
 - d) Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja
 - e) Instalasi Penelitian
 - f) Instalasi Gizi
 - g) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit / IPSRS
 - h) Instalasi Kesehatan Lingkungan
- c. Direktorat Keuangan terdiri dari :
 - 1) Bagian Perbendaharaan dan Mobilisasi Dana
 - a) Sub Bagian Perbendaharaan
 - b) Sub. Bagian Mobilisasi Dana
 - 2) Bagian Akuntansi
 - 1) Sub. Bagian Akuntansi Keuangan
 - 2) Sub. Bagian Akuntansi Manajemen
 - 3) Bagian Perencanaan dan Anggaran
 - a) Sub Bagian Program Penyusunan Anggaran
 - b) Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan Kinerja (Evapor)
 - 4) Instalasi :
 - a) Instalasi Tata Usaha Rawat Pasien
 - b) Instalasi Penagihan Piutang
 - c) Unit Layanan Pengadaan

D. Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran

Untuk mewujudkan visi dan misi yang telah ditentukan dan agar tujuan dan sasaran strategis dapat dicapai, ada serangkaian strategi yang perlu dilakukan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo melalui program-program kerja strategis yang akan dilaksanakan pada tahun 2019 sebagai berikut :

1. Perspektif Stakeholder

- a. Survey Tingkat Kepuasan Pelanggan
- b. Survey Tingkat Kepuasan Peserta didik
- c. Survey Tingkat Kepuasan Pegawai

2. Perspektif Proses Bisnis

- a. Program penguatan kelembagaan, monitoring evaluasi dan penyempurnaan database indikator Kelompok Staf Medis (KSM)
- b. Akreditasi rumah sakit berstandar internasional
- c. Program peningkatan kemampuan kualitas pelayanan dan penyempurnaan sistem manajemen rumah sakit yang diampu
- d. Program peningkatan dan pengembangan penelitian
- e. Program pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu (Retino Blastoma)
- f. Program peningkatan efisiensi dan mutu pelayanan (pengurangan waktu tunggu pasien)
- g. Program audit mutu dan implementasi rekomendasi komite mutu di unit kerja
- h. Program pembuatan sistem penilaian kinerja berbasis IT untuk Kelompok Staf Medis

3. Perspektif Learning and Growth

- a. Program peningkatan kompetensi SDM ke RS *benchmark*
- b. Program pengembangan kompetensi SDM medik
- c. Program peningkatan kompetensi SDM ke RS *benchmark*
- d. Program pengembangan kompetensi SDM medik
- e. Program pengembangan kompetensi SDM non medik
- f. Program pengembangan kompetensi perawat

- g. Program pengembangan peralatan kedokteran di KBR dan diagnostik
- h. Program pembangunan instalasi air bersih, pengembangan penunjang OK (CSSD), laundry dan kebutuhan disabilitas di semua unit layanan.

4. Perspektif *Financial*

- a. Program peningkatan *revenue*
- b. Program peningkatan efisiensi pembiayaan rumah sakit

E. Permasalahan/Hambatan Dalam Pelaksanaan

a. Permasalahan / Hambatan

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung menghadapi masalah dan hambatan yang perlu ditindak lanjuti pemecahannya, diantaranya:

1. Penyempurnaan sarana dan prasarana serta sistem pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan, belum dapat diselesaikan karena beberapa menunggu hasil revidi/revisi masterplan yang belum selesai dilaksanakan.
2. Alih teknologi SIMRS mandiri sudah berjalan, tetapi masih belum terintegrasi dan belum sesuai dengan perencanaan dan kebutuhan.
3. Beberapa kegiatan belum dapat dilaksanakan sesuai rencana karena lemahnya perencanaan dan sistem pengendalian intern.
4. Belum dilakukannya revidi indikator pelayanan dan penyesuaiannya pada standar pelayanan minimal.
5. Belum optimalnya manajemen pemeliharaan peralatan dan pemanfaatan peralatan.
6. Belum optimalnya penerapan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) dan Rencana Pencairan Dana (RPD) yang telah ditetapkan, sehingga menghambat penyerapan anggaran.

b. Upaya Tindak Lanjut

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

1. Menerapkan konsep pelayanan prima melalui optimalisasi sistem dan prosedur pelayanan, efisiensi proses pelayanan, membudayakan mutu pelayanan.
2. Mengembangkan pelayanan unggulan, kualitas dan kuantitas SDM pada unit pelayanan medis dan penunjang medis.

3. Pengembangan kerjasama pelayanan, pendidikan, penelitian dan fasilitas pelayanan sesuai standar yang berlaku.
4. Melaksanakan sistem akuntansi yang transparan, akuntabel dan auditabel.
5. Melaksanakan penyusunan anggaran berbasis kinerja dan berbasis rencana strategis rumah sakit.
6. Menerapkan *cost reduction* dan efisiensi biaya.
7. Menyempurnakan pengelolaan SDM.
8. Mengembangkan budaya kerja serta tata nilai di rumah sakit
9. Melakukan penyempurnaan sistem informasi rumah sakit dan penanganan keluhan pasien
10. Pengembangan gedung pelayanan, sarana dan prasarannya sesuai kebutuhan Akreditasi Internasional dan masterplan yang ditetapkan
11. Pengelolaan Barang Milik Negara (BMN) yang berbasis Teknologi Informasi.
12. Evaluasi dan konsultasi ke LKPP untuk proses pengadaan barang dan jasa
13. Evaluasi dan menyusun langkah-langkah percepatan penyerapan anggaran

F. Sistematika

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung disusun sebagai berikut :

Ikhtisar Eksekutif, menjelaskan rangkuman dari seluruh isi Laporan Akuntabilitas Kinerja, tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Renstra, keberhasilan dan kegagalan, permasalahan yang dihadapi dalam pencapaian indikator kinerja dan usul pemecahan masalah.

Bab I Pendahuluan menjelaskan latar belakang, maksud dan tujuan penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja, tugas pokok dan fungsi PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, Strategi Pencapaian Tujuan dan Sasaran, Permasalahan/hambatan serta sistematika penulisan laporan

Bab II Perencanaan dan Perjanjian Kinerja menjelaskan tentang gambaran singkat sasaran program/kegiatan yang ingin dicapai dalam 5 tahun dan sasaran pada tahun berjalan, indikator dan targetnya, kebijakan strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo sebagai kesinambungan antara Perjanjian Kinerja dengan Renstra.

Bab III Akuntabilitas Kinerja, menjelaskan tentang pengukuran dan analisis pencapaian kinerja, membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun berjalan, membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun, Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi, membandingkan realisasi tahun ini dengan standar nasional (jika ada), analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternative solusi yang telah dilakukan dan analisis atas efisiensi sumber daya yang mendukung dalam pencapaian kinerja (SDM, anggaran, sarana dan prasarana).

Bab IV Simpulan, menguraikan kesimpulan dari Laporan Akuntabilitas Kinerja PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.

Lampiran-lampiran, berisi lampiran SOTK, Perjanjian Kinerja, SK Tim Lakip, kertas kerja evaluasi LAKIP..

BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

Perencanaan dan Perjanjian Kinerja merupakan penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung pada tahun 2019. Adapun tujuan pokok dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) adalah untuk menentukan arah strategi dan prioritas selama lima tahun mendatang, untuk menetapkan rencana pelaksanaan kegiatan sesuai sasaran strategis dan sebagai pedoman penyusunan perencanaan anggaran dalam pencapaian sasaran strategis.

Untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, maka sasaran utama/strategis diarahkan pada program, kegiatan, target serta indikator kinerja yang diharapkan, sehingga Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung menjadi rumah sakit berstandar internasional dengan visinya.

Visi dan Misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dalam kurun waktu 5 (lima) periode tahun 2015-2019 sebagai berikut :

“RS Mata Rujukan Nasional yang Berstandar Internasional Di Bidang Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Kesehatan Mata Pada Tahun 2019” berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama Nomor HK.00.07.5-1.0269, tanggal 19 Januari 2015 tentang visi, misi dan nilai-nilai PMN RS Mata Cicendo Bandung.

Untuk mencapai visi PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, maka disusun misi sebagai berikut :

1. Memberikan pelayanan kesehatan mata yang paripurna sesuai dengan standar internasional yang berorientasi pada kepuasan bagi seluruh lapisan masyarakat, terjangkau, merata dan berkeadilan.
2. Memberikan peluang dan lingkungan yang kondusif untuk penyelenggaraan pendidikan kesehatan mata yang inovatif.
3. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan ilmu dan teknologi di bidang kesehatan mata.
4. Melaksanakan pengabdian dan pemberdayaan masyarakat dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan mata.
5. Meningkatkan upaya kemitraan secara global.
6. Meningkatkan profesionalisme pegawai.

Dalam rangka kelancaran melakukan misi untuk mewujudkan visi maka PMN Rumah Sakit mata Cicendo Bandung menganut nilai-nilai integritas, proaktif, inovatif, visioner, istiqomah, profesional.

Rencana Strategi Bisnis (RSB) periode tahun 2015-2019 dapat menjadi pedoman utama bagi penilaian kemajuan PMN RS Mata Cicendo dalam pencapaian visi dan target kinerja serta sekaligus untuk mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda kegiatan pelayanan, pendidikan dan penelitian di bidang kesehatan mata yang berlangsung di PMN RS Mata Cicendo.

Sedangkan untuk tercapainya visi dan misi PMN RS Mata Cicendo Bandung menetapkan 12 sasaran strategis yang akan dicapai dalam tahun 2015-2019 sebagai berikut :

1. Tercapainya kepuasan stakeholders
2. Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian yang berkualitas
3. Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal
4. Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna
5. Terwujudnya layanan unggulan terpadu mata
6. Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan
7. Terwujudnya SDM yang kompeten
8. Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal
9. Terwujudnya budaya kinerja
10. Terwujudnya sistem IT yang mandiri dan terpadu
11. Terwujudnya peningkatan revenue
12. Terwujudnya efisiensi

A. INDIKATOR-INDIKATOR

Indikator-indikator setiap sasaran yang ditetapkan dirangkum dalam penetapan kinerja tahun 2018 dan rencana kerja tahunan yang meliputi hal-hal sebagai berikut:

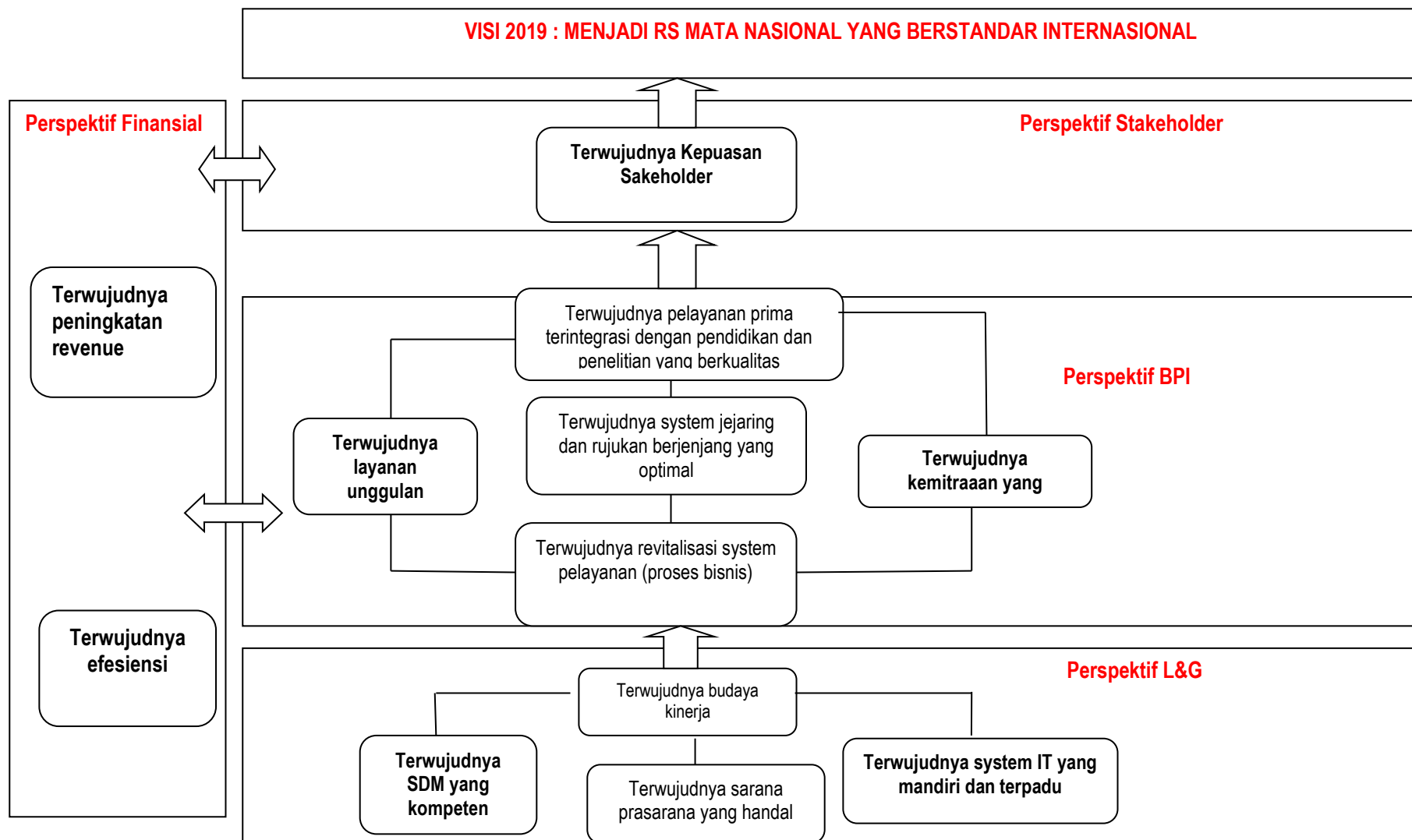
- a. Komponen Pelayanan
 - 1) Persentase capaian indikator medik sesuai standar
 - 2) Jumlah RS jejaring yang diampu
 - 3) Jumlah program pengampunan dari RS *Benchmark* yang dapat dilaksanakan
 - 4) Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu
 - 5) Jumlah BTP (*Break Through Project*) yang diimplementasikan
 - 6) Prosentase KSM yang berkinerja baik
 - 7) Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (*fellowship*)
 - 8) Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata
 - 9) Persentase keandalan sarana medik (OEE-*Overall Equipment Effectiveness*)
- b. Komponen Keuangan
 - 1) Tingkat kesehatan RS BLU
 - 2) Persentase peningkatan *revenue*
 - 3) *Cost Recovery*
- c. Komponen Umum, SDM dan Pendidikan
 - 1) Persentase kepuasan pasien
 - 2) Persentas kepuasan pegawai
 - 3) Persentase kepuasan peserta didik
 - 4) Persentase komplain yang ditindaklanjuti
 - 5) Persentase PPDS lulus tepat waktu (9 semester)
 - 6) Jumlah publikasi nasional dan internasional
 - 7) Jumlah SDM yang magang di RS *Benchmark* (≥ 1 minggu)

- 8) Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu
- 9) Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar
- 10) Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program
- 11) Persentase maturitas IT

d. Komponen Komite Mutu

- 1) Akreditasi Rumah Sakit
- 2) Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu

Untuk lebih jelasnya akan disajikan peta strategi PMN RS Cicendo untuk periode tahun 2015-2019 di bawah ini :



Peta strategi disusun untuk mewujudkan visi PMN RS.Mata Cicendo, yakni menjadi RS Mata Rujukan Nasional yang berstandar internasional di bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan mata pada tahun 2019.

Peta strategi ini menggambarkan jalinan hubungan sebab dan akibat atas berbagai sasaran strategi pada 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perspektif proses bisnis, perspektif *learning and growth*, dan perspektif *financial*.

Untuk mewujudkan target KPI yang telah ditentukan di atas, ada serangkaian program kerja strategis yang perlu dilakukan oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo pada periode tahun 2015-2019. Penentuan program kerja strategis PMN Rumah Sakit Mata untuk mewujudkan sasaran strategis dan target KPI nya diarahkan pada tiga tipe berikut ini :

a) Program Kerja Strategis Yang Bersifat Pemantapan :

Tujuan dari diusulkan program kerja strategis ini adalah untuk membantu memastikan bahwa pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai sudah berjalan efektif untuk terus dilanjutkan di masa masa mendatang dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo pada periode tahun 2015-2019.

b) Program Kerja Strategis Yang Bersifat Perbaikan :

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk membantu menyempurnakan atau menata ulang pelaksanaan suatu mekanisme atau sistem manajemen tertentu yang dilakukan selama ini dinilai belum berjalan cukup efektif dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN RS Mata Cicendo.

c) Program Kerja Strategis Yang Bersifat Pengembangan

Tujuan dari direkomendasikannya program kerja strategis ini adalah untuk mengembangkan inisiatif baru pelaksanaan suatu mekanisme atau sebuah sistem manajemen tertentu dalam membantu mewujudkan suatu sasaran strategis PMN RS Mata Cicendo.

Tabel 2.1
Rencana Strategis Bisnis
Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Tahun 2015 – 2019

No.	Sasaran Strategis	KPI		PIC	BASELINE 2014	TARGET				
						2015	2016	2017	2018	2019
1	Terciptanya kepuasan <i>stakeholder</i>	1	Persentase kepuasan pasien	Dir Umum, SDM & Pend	76%	78%	80%	82%	80%	80%
		2	Tingkat kesehatan RS BLU	Dirkeu	82	83	85	87	84	85
		3	Persentase kepuasan pegawai	Dir Umum, SDM & Pend	60%	65%	80%	75%	80%	85%
		4	Persentase kepuasan peserta didik	Dir Umum, SDM & Pend	60%	65%	80%	75%	90%	91%
		5	Presentase complain yang ditindaklanjuti	Dir Umum, SDM & Pend	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6	Persentase capaian indikator medik sesuai standar	Dir Medik	80%	83%	83%	86%	87%	90%
		7	Persentase PPDS lulus tepat waktu (9 semester)	Dir Umum, SDM & Pend	10	10	9	9	80%	85%
		8	Akreditasi Rumah Sakit	Komite Mutu	KARS Paripurna	Persiapan JCI	Verifikasi KARS th ke 2	MOCK Survey	MOCK Survey	Akreditasi Internasional
		9	Jumlah publikasi nasional dan internasional	Dir Umum, SDM & Pend	1	3	3	3	10	10
2	Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	10	Jumlah RS jejaring yang diampu	Dir Medik	2	2	2	2	2	2
	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	11	Jumlah SDM yang magang di RS <i>Benchmark</i> (≥ 1 Minggu)	Dir Umum, SDM & Pend	3	3	3	3	3	3
		12	Jumlah program pengampunan dari RS <i>Benchmark</i> yang dapat dilaksanakan	Dir Medik	0	0	1	1	1	1

No.	Sasaran Strategis	KPI		PIC	BASELINE 2014	TARGET				
						2015	2016	2017	2018	2019
2	Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	13	Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu	Dir Medik	0	0	1	1	1	1
	Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	14	Jumlah BTP (<i>Break Through Project</i>) yang diimplementasikan	Dir Medik	0	1	1	1	3	3
		15	Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu	Komite Mutu	100%	100%	100%	100%	100%	100%
3	Terwujudnya budaya kinerja	16	Prosentase KSM yang berkinerja baik	Dir Medik	80%	85%	90%	95%	98%	100%
		17	Presentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	Dir Umum, SDM & Pend	48%	65%	75%	85%	85%	90%
	Terwujudnya SDM yang kompeten	18	Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (<i>fellowship</i>)	Dir Medik	75%	80%	90%	100%	95%	95%
		19	Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	Dir Umum, SDM & Pend	85%	87%	90%	95%	95%	95%

No.	Sasaran Strategis	KPI		PIC	BASELINE 2014	TARGET				
						2015	2016	2017	2018	2019
3	Terwujudnya SDM yang kompeten	20	Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	Komite Keperawatan	18%	33%	40%	60%	70%	80%
	Terwujudnya sarana dan prasarana yg handal	21	Persentase keandalan sarana medic (OEE – overall equipment effectiveness)	Dir Medik	15%	20%	75%	78%	79%	80%
		22	Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	Dir Umum, SDM & Pend	-	100%	90%	100%	100%	100%
	Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT	23	Persentase maturitas IT	Dir Umum, SDM & Pend	70%	70%	80%	80%	90%	90%
4	Terwujudnya peningkatan revenue dan efisiensi	24	Persentase Peningkatan Revenue	Dir Keu	10%	10%	10%	10%	10%	10%
		25	Cost Recovery	Dir Keu	76%	80%	84%	86%	85%	85%

B. RENCANA KINERJA TAHUNAN

Rencana Kinerja Tahunan Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung tahun 2019 merupakan langkah-langkah strategi yang disusun dalam rangka mewujudkan visi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, setiap direktorat, bagian/instalasi melaksanakan kegiatan mengacu pada indikator-indikator yang ditetapkan dalam Rencana Kinerja Tahunan .

Adapun Rencana Kinerja Tahunan PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung tahun 2019 adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2
Rencana Kinerja Tahunan

Unit Organisasi Eselon II : Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo

Tahun Anggaran : 2019

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2019	Satuan
1	Terciptanya kepuasan stakeholder	1	Persentase kepuasan pasien	80%	Persentase
		2	Tingkat kesehatan RS BLU	85	Rumah Sakit Sehat
		3	Persentase kepuasan pegawai	85%	Persentase
		4	Persentase kepuasan peserta didik	91%	Persentase
		5	Persentase complain yang ditindaklanjuti	100%	Persentase
2	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6	Persentase capaian indikator medik sesuai standar	90%	Persentase
		7	Persentase PPDS lulus tepat waktu (9 semester)	85%	Semester
		8	Akreditasi Internasional	Akreditasi Internasional	
		9	Jumlah publikasi nasional dan internasional	10	penelitian

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2019	Satuan
3	Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	10	Jumlah RS jejaring yang diampu	2	Rumah Sakit Sehat
4	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	11	Jumlah SDM yang magang di RS <i>Benchmark</i> (≥ 1 Minggu)	3	orang
		12	Jumlah program pengampunan dari RS <i>Benchmark</i> yang dapat dilaksanakan	1	program
5	Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	13	Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu	3	program layanan unggulan
6	Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	14	Jumlah BTP (<i>Break Through Project</i>) yang diimplementasikan	3	pelayanan terpadu
		15	Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu	100%	Persentase
7	Terwujudnya budaya kinerja	16	Prosentase KSM yang berkinerja baik	100%	Persentase
		17	Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	90%	Persentase
8	Terwujudnya SDM yang kompeten	18	Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (<i>fellowship</i>)	95%	Persentase
		19	Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	95%	Persentase
9	Terwujudnya SDM yang kompeten	20	Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	80%	Persentase
10	Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal	21	Persentase keandalan sarana medik (OEE – <i>overall equipment effectiveness</i>)	80%	Persentase
		22	Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	100%	Persentase
11	Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT	23	Persentase maturitas IT	90%	Persentase
12	Terwujudnya peningkatan <i>revenue</i> dan efisiensi	24	Persentase Peningkatan <i>Revenue</i>	10%	Persentase
		25	<i>Cost Recovery</i>	85%	Persentase

C. PERJANJIAN KINERJA

Perjanjian Kinerja merupakan rencana kinerja yang telah ditetapkan antara Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai Penetapan Kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung tahun 2019.

Tabel 2.3
Perjanjian Kinerja

Unit Organisasi Eselon II : Pusat Mata Nasioal Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung

Tahun Anggaran : 2019

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2019
1	Terciptanya kepuasan <i>stakeholder</i>	1	Persentase kepuasan pasien	80%
		2	Tingkat kesehatan RS BLU	85
		3	Persentase kepuasan pegawai	85%
		4	Persentase kepuasan peserta didik	91%
		5	Persentase complain yang ditindaklanjuti	100%
2	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6	Persentase capaian indikator medik sesuai standar	90%
		7	Persentase PPDS lulus tepat waktu (9 semester)	85%
		8	Akreditasi Internasional	Akreditasi Internasional
		9	Jumlah publikasi nasional dan internasional	10

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2019
3	Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	10	Jumlah RS jejaring yang diampu	2
4	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	11	Jumlah SDM yang magang di RS <i>Benchmark</i> (≥ 1 Minggu)	3
		12	Jumlah program pengampunan dari RS <i>Benchmark</i> yang dapat dilaksanakan	1
5	Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	13	Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu	3
6	Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	14	Jumlah BTP (<i>Break Through Project</i>) yang diimplementasikan	3
		15	Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu	100%
7	Terwujudnya budaya kinerja	16	Persentase KSM yang berkinerja baik	100%
		17	Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	90%
8	Terwujudnya SDM yang kompeten	18	Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (<i>fellowship</i>)	95%
		19	Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	95%
9	Terwujudnya SDM yang kompeten	20	Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	80%
10	Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal	21	Persentase keandalan sarana medik (OEE – <i>overall equipment effectiveness</i>)	80%
		22	Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	100%
11	Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT	23	Persentase maturitas IT	90%
12	Terwujudnya peningkatan <i>revenue</i> dan efisiensi	24	Persentase Peningkatan <i>Revenue</i>	10%
		25	<i>Cost Recovery</i>	85%

Total Pagu Anggaran Tahun 2019 adalah sebesar Rp. 255.884.121.000,- terdiri dari :

Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rp. 255.884.121.000,-

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pelaksanaan pengukuran kinerja sebagai salah satu cara untuk mengetahui kegiatan manajemen rumah sakit khususnya dalam membandingkan kinerja yang dicapai dengan rencana atau target kinerja sesuai indikator kinerja yang telah ditetapkan. Salah satu kegiatan pengukuran kinerja adalah membandingkan antara capaian dengan target yang sudah ditetapkan, sehingga akan diperoleh gambaran tingkat keberhasilan dari masing-masing indikator sebagai acuan pada kegiatan yang akan datang untuk lebih baik lagi capaiannya.

Tahun 2019 merupakan tahun ke lima program Rencana Strategis Bisnis PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dari tahun 2015 -2019, di mana Rencana Strategis yang sudah ditetapkan dan sebagai kontrak kerja akan diukur secara bertahap sampai 5 tahun yang akan datang dan untuk mengetahui sampai sejauh mana capaian kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung sesuai dengan target yang sudah ditetapkan dalam program tersebut.

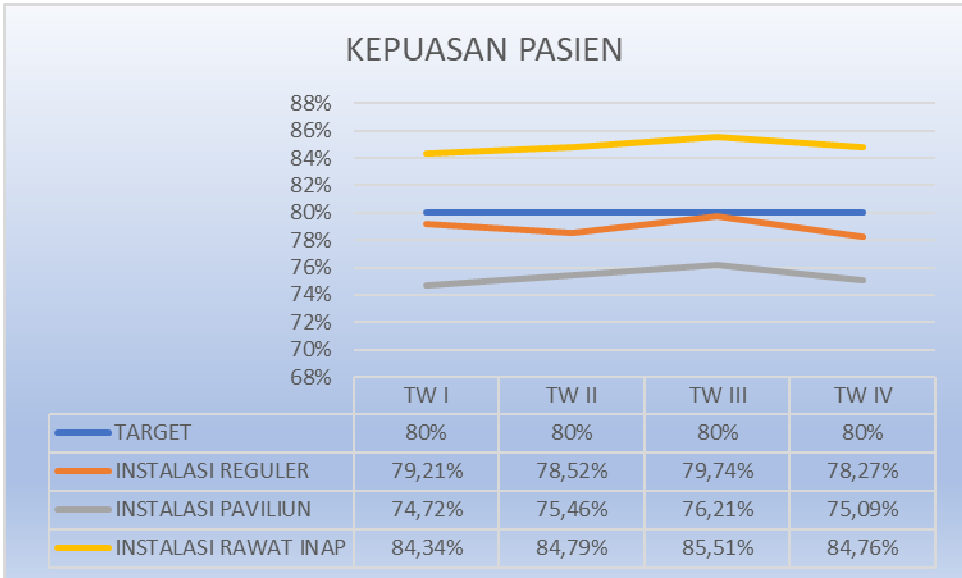
Berdasarkan pengukuran kinerja akan dihasilkan informasi masing-masing indikator kinerja, dianalisa keberhasilan dan kegagalannya, sehingga dapat digunakan untuk menetapkan langkah-langkah tindak lanjut perencanaan program dan kegiatan pada tahun mendatang. Informasi tersebut merupakan bahan masukan yang sangat berguna bagi pimpinan rumah sakit dalam perencanaan program dan kegiatan tahun mendatang supaya berjalan lebih efektif dan efisien.

Pengukuran kinerja ini sekaligus untuk dapat mengetahui kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung dibandingkan dengan target dan indikator kinerja yang ditetapkan dalam Rencana Strategis dan dapat memberikan gambaran kepada pihak internal maupun eksternal tentang pelaksanaan organisasi dalam rangka mewujudkan visi dan misinya.

1). Realisasi Capaian Dibandingkan dengan Target Indikator Kinerja Tahun 2019

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																				
			2019	Satuan																						
1	2	3	4	5	6	7																				
1	Terciptanya Kepuasan Stakeholder	Persentase Kepuasan Pasien	80	%	79.37%	Untuk melihat mutu atau kinerja pelayanan maka Instalasi Pemasaran, Promosi Kesehatan dan Humas melaksanakan survey kepuasan pelanggan melalui pembagian kuesioner kepada seluruh pasien baik di rawat jalan, rawat inap dan pasien paviliun. Tujuan kegiatan ini adalah untuk mengetahui apakah pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit memuaskan atau tidak. Hasilnya kemudian diolah dan dianalisa sehingga dapat dilihat Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Kegiatan survey kepuasan pelanggan internal dan eksternal dapat dilihat pada tabel dibawah ini : Tabel 3.1 Jumlah Penyebaran, dan Prosentase Pengisian Kuesioner Berdasarkan Pelayanan PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2019 <table><tr><th>NO</th><th>PELAYANAN</th><th>JUMLAH KUESIONER DISEBARKAN</th><th>JUMLAH KUESIONER DIISI</th><th>PERSENTASE</th></tr><tr><td>1</td><td>Rawat Jalan</td><td>1200</td><td>1200</td><td>100</td></tr><tr><td>2</td><td>Rawat Jalan Paviliun</td><td>1200</td><td>1200</td><td>100</td></tr><tr><td>3</td><td>Rawat Inap</td><td>1200</td><td>1200</td><td>100</td></tr></table> <i>Sumber : Instalasi Pemasaran, Promkes, dan humas, 2019</i> Berdasarkan Tabel 3.1 terlihat dari seluruh kuesioner yang disebarakan sebanyak 1200 kuesioner pada masing-masing pelayanan dapat diisi oleh seluruh responden (100%). Hal tersebut dapat menghasilkan penggambaran tingkat kepuasan yang sebenarnya pada masing-masing pelayanan.	NO	PELAYANAN	JUMLAH KUESIONER DISEBARKAN	JUMLAH KUESIONER DIISI	PERSENTASE	1	Rawat Jalan	1200	1200	100	2	Rawat Jalan Paviliun	1200	1200	100	3	Rawat Inap	1200	1200	100
NO	PELAYANAN	JUMLAH KUESIONER DISEBARKAN	JUMLAH KUESIONER DIISI	PERSENTASE																						
1	Rawat Jalan	1200	1200	100																						
2	Rawat Jalan Paviliun	1200	1200	100																						
3	Rawat Inap	1200	1200	100																						

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																		
			2019	Satuan																																				
1	2	3	4	5	6	7																																		
						Kuesioner yang telah dikumpulkan kemudian diolah dan dianalisa sehingga dapat dilihat Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), hasil pengolahan IKM tahun 2019 berdasarkan pelayanan sebagai berikut: Tabel 3.2 Persentase Kepuasan Pasien Berdasarkan Pelayanan dan Waktu PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2019 <table><tr><th rowspan="2">NO</th><th rowspan="2">UNIT PELAYANAN</th><th colspan="4">NILAI INTERVAL KONVERSI IKM</th></tr><tr><th>TRW I</th><th>TRW II</th><th>TRW III</th><th>TRW IV</th></tr><tr><td>1</td><td>INSTALASI REGULER</td><td>79,21%</td><td>78,52%</td><td>79,74%</td><td>78,27%</td></tr><tr><td>2</td><td>INSTALASI PAVILIUN</td><td>74,72%</td><td>75,46%</td><td>76,21%</td><td>75,09%</td></tr><tr><td>3</td><td>INSTALASI RAWAT INAP</td><td>84,34%</td><td>84,79%</td><td>85,51%</td><td>84,76%</td></tr><tr><td></td><td>NILAI RATA-RATA</td><td>79,42%</td><td>79,59%</td><td>80,49%</td><td>79,37%</td></tr></table> Sumber : Instalasi Pemasaran, Promkes, dan Humas, 2019 Berdasarkan Tabel 3.2 terlihat capaian persentase kepuasan pasien tahun 2019 sebesar 79.37% termasuk pada kategori Kinerja Unit Pelayanan “Baik” Dilihat dari capaian kepuasan triwulan I sampai triwulan IV terjadi kecenderungan peningkatan persentase yang fluktuatif, kepuasan dari 79,42 % pada triwulan I menjadi 79.59 % pada triwulan II dan meningkat menjadi 80.49% pada triwulan III dan kembali turun menjadi 79.37% pada triwulan IV tahun 2019. Bila dibandingkan persentase kepuasan dengan target tahun 2019 sebesar 80%, capaian kepuasan sebesar 79,37% masih selisih 0.63 %. Perlu dilihat unsur penilaian mana yang perlu ditingkatkan.	NO	UNIT PELAYANAN	NILAI INTERVAL KONVERSI IKM				TRW I	TRW II	TRW III	TRW IV	1	INSTALASI REGULER	79,21%	78,52%	79,74%	78,27%	2	INSTALASI PAVILIUN	74,72%	75,46%	76,21%	75,09%	3	INSTALASI RAWAT INAP	84,34%	84,79%	85,51%	84,76%		NILAI RATA-RATA	79,42%	79,59%	80,49%	79,37%
NO	UNIT PELAYANAN	NILAI INTERVAL KONVERSI IKM																																						
		TRW I	TRW II	TRW III	TRW IV																																			
1	INSTALASI REGULER	79,21%	78,52%	79,74%	78,27%																																			
2	INSTALASI PAVILIUN	74,72%	75,46%	76,21%	75,09%																																			
3	INSTALASI RAWAT INAP	84,34%	84,79%	85,51%	84,76%																																			
	NILAI RATA-RATA	79,42%	79,59%	80,49%	79,37%																																			

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																									
			2019	Satuan																											
1	2	3	4	5	6	7																									
						Grafik 3.1 Persentase Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Pelayanan dan Waktu PMN RS Mata Cicendo Tahun 2019 <table><thead><tr><th></th><th>TW I</th><th>TW II</th><th>TW III</th><th>TW IV</th></tr></thead><tbody><tr><td>TARGET</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td><td>80%</td></tr><tr><td>INSTALASI REGULER</td><td>79,21%</td><td>78,52%</td><td>79,74%</td><td>78,27%</td></tr><tr><td>INSTALASI PAVILIUN</td><td>74,72%</td><td>75,46%</td><td>76,21%</td><td>75,09%</td></tr><tr><td>INSTALASI RAWAT INAP</td><td>84,34%</td><td>84,79%</td><td>85,51%</td><td>84,76%</td></tr></tbody></table> Sumber : Instalasi Pemasaran, Promkes, dan Humas, 2019 Berdasarkan Grafik 3.1 terlihat, tingkat kepuasan Instalasi Rawat Jalan Paviliun mendapatkan tingkat kepuasan terendah dilihat dari trend dari Triwulan I sampai Triwulan IV tahun 2019, sedangkan Instalasi rawat inap mendapatkan tingkat kepuasan tertinggi, bila dilihat dari trend terjadi peningkatan di TW I, II dan III namun mengalami penurunan kembali di TW IV tetapi masih lebih tinggi dibanding TW I.		TW I	TW II	TW III	TW IV	TARGET	80%	80%	80%	80%	INSTALASI REGULER	79,21%	78,52%	79,74%	78,27%	INSTALASI PAVILIUN	74,72%	75,46%	76,21%	75,09%	INSTALASI RAWAT INAP	84,34%	84,79%	85,51%	84,76%
	TW I	TW II	TW III	TW IV																											
TARGET	80%	80%	80%	80%																											
INSTALASI REGULER	79,21%	78,52%	79,74%	78,27%																											
INSTALASI PAVILIUN	74,72%	75,46%	76,21%	75,09%																											
INSTALASI RAWAT INAP	84,34%	84,79%	85,51%	84,76%																											

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																																																				
			2019	Satuan																																																																						
1	2	3	4	5	6	7																																																																				
						Tabel 3.3 Nilai Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) Berdasarkan Pelayanan PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2019 <table><tr><th rowspan="2">NO</th><th rowspan="2">UNIT PELAYANAN</th><th colspan="4">NILAI INTERVAL KONVERSI IKM</th><th colspan="4">MUTU PELAYANAN</th><th colspan="4">KINERJA UNIT PELAYANAN</th></tr><tr><th>TRW I</th><th>TRW II</th><th>TRW III</th><th>TRW IV</th><th>TRW I</th><th>TRW II</th><th>TRW III</th><th>TRW IV</th><th>TRW I</th><th>TRW II</th><th>TRW III</th><th>TRW IV</th></tr><tr><td>1</td><td>INSTALASI REGULER</td><td>79,21%</td><td>78,52%</td><td>79,74%</td><td>78,27%</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>BAIK</td><td>BAIK</td><td>BAIK</td><td>BAIK</td></tr><tr><td>2</td><td>INSTALASI PAVILIUN</td><td>74,72%</td><td>75,46%</td><td>76,21%</td><td>75,09%</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>B</td><td>BAIK</td><td>BAIK</td><td>BAIK</td><td>BAIK</td></tr><tr><td>3</td><td>INSTALASI RAWAT INAP</td><td>84,34%</td><td>84,79%</td><td>85,51%</td><td>84,76%</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>SANGAT BAIK</td><td>SANGAT BAIK</td><td>SANGAT BAIK</td><td>SANGAT BAIK</td></tr></table> Sumber : Instalasi Pemasaran, Promkes, dan humas, 2019 Berdasarkan Tabel 3.3 terlihat Nilai interval konversi Kepuasan cenderung terjadi peningkatan kepuasan pelanggan pada masing-masing unit pelayanan, dan apabila dibandingkan dengan target yang ditentukan sebesar 80%, hanya Instalasi Rawat Inap yang telah mencapai target. Tidak tercapainya target capaian kepuasan pasien hal ini disebabkan masih kurangnya kecepatan pelayanan, kepastian jadwal pelayanan dan prosedur pelayanan serta kepastian biaya pelayanan, sedangkan keamanan pelayanan serta kesopanan dan keramahan petugas dinilai baik. Bila dilihat berdasarkan Pelayanan Nilai Indeks kepuasan sebagai berikut : a. Pelayanan Rawat Jalan regular dari 1200 kuesioner yang disebar, 100% terisi dan mutu pelayanan B termasuk kinerja unit pelayanan “Baik”. Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi biaya/ tarif pelayanan, sedangkan unsur nilai terendah waktu Pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat jalan regular adalah Kecepatan Waktu Pelayanan.	NO	UNIT PELAYANAN	NILAI INTERVAL KONVERSI IKM				MUTU PELAYANAN				KINERJA UNIT PELAYANAN				TRW I	TRW II	TRW III	TRW IV	TRW I	TRW II	TRW III	TRW IV	TRW I	TRW II	TRW III	TRW IV	1	INSTALASI REGULER	79,21%	78,52%	79,74%	78,27%	B	B	B	B	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	2	INSTALASI PAVILIUN	74,72%	75,46%	76,21%	75,09%	B	B	B	B	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK	3	INSTALASI RAWAT INAP	84,34%	84,79%	85,51%	84,76%	A	A	A	A	SANGAT BAIK	SANGAT BAIK	SANGAT BAIK	SANGAT BAIK
NO	UNIT PELAYANAN	NILAI INTERVAL KONVERSI IKM				MUTU PELAYANAN				KINERJA UNIT PELAYANAN																																																																
		TRW I	TRW II	TRW III	TRW IV	TRW I	TRW II	TRW III	TRW IV	TRW I	TRW II	TRW III	TRW IV																																																													
1	INSTALASI REGULER	79,21%	78,52%	79,74%	78,27%	B	B	B	B	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK																																																													
2	INSTALASI PAVILIUN	74,72%	75,46%	76,21%	75,09%	B	B	B	B	BAIK	BAIK	BAIK	BAIK																																																													
3	INSTALASI RAWAT INAP	84,34%	84,79%	85,51%	84,76%	A	A	A	A	SANGAT BAIK	SANGAT BAIK	SANGAT BAIK	SANGAT BAIK																																																													

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						b. Pelayanan Rawat Jalan paviliun dari 1200 kuesioner yang disebar, 100% terisi dan mutu pelayanan B termasuk kinerja unit pelayanan “Baik”. Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi adalah Spesifikasi Jenis Layanan, sedangkan unsur nilai terendah adalah Biaya/ Tarif Pelayanan. c. Pelayanan Rawat Inap dari 1200 kuesioner yang disebar, 100% terisi dan mutu pelayanan A termasuk kinerja unit pelayanan “Sangat Baik”. Dilihat dari nilai unsur diperoleh nilai tertinggi biaya/ tarif pelayanan, sedangkan unsur nilai terendah Waktu Pelayanan, sehingga yang perlu ditingkatkan pada pelayanan rawat inap adalah kecepatan prosedur pelayanan yang lebih jelas dan pasti.
						Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah Pelanggan eksternal (pasien) terkadang sulit untuk diminta mengisi kuesioner karena pasien menderita sakit mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sehingga perlu cara lain untuk pengisian kuesioner seperti dengan melakukan wawancara akan tetapi kendala yang ditemui adalah sumber daya manusia dan fasilitas untuk perbaikan pelayanan.
						a. Saran dan kritik dalam lembar kuesioner baik mengenai sumber daya manusia, pelayanan dan fasilitas harus ditindaklanjuti untuk perbaikan dan kemajuan mutu rumah sakit. b. Peningkatan kualitas pelayanan diprioritaskan pada unsur yang mempunyai nilai paling rendah, sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap dipertahankan.

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						c. Nilai unsur terendah di rawat jalan regular dan rawat inap adalah kecepatan pelayanan maka masing-masing unit menindaklanjuti dengan : a) Rapat koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Instalasi Rawat Jalan, Paviliun dan Rawat Inap. b) Memperbaiki waktu tunggu rawat jalan sebelum SMS GATEWAY dan sesudah SMS yaitu pendaftaran pasien kontrol dengan sistem sms terlebih dahulu dan sesudah sms GATEWAY adalah 84,3 menit dan 83 menit. Selanjutnya dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap kepuasan pasien terhadap waktu tunggu tersebut. Dari hasil evaluasi diperoleh masih ada pasien yang menganggap waktu tunggu terlalu lama, oleh karena itu dilakukan revisi sms gateway yang telah ada, format sms langsung ke poliklinik yang dituju, hasilnya menunjukkan penurunan waktu tunggu yang cukup baik menjadi 48 menit. c) Memperbaiki jadwal dokter di paviliun dengan lebih tepat jadwal sehingga pasien melakukan pemeriksaan sesuai jadwal dokter yang dituju dan tidak menunggu tanpa adanya kepastian jadwal dokter sehingga dapat meningkatkan kecepatan pelayanan. d. Nilai unsur terendah di unit rawat jalan paviliun adalah biaya/ tarif pelayanan, telah ditindaklanjuti dengan melakukan rapat koordinasi antara Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Instalasi Rawat Inap yaitu mengkaji kembali mengenai pemberlakuan tarif baru biaya pelayanan paviliun.

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																				
			2019	Satuan																						
1	2	3	4	5	6	7																				
2	Terciptanya Kepuasan Stakeholder	Tingkat Kesehatan RS BLU	85		85.24	Tabel 3.4 Penilaian Indikator Kinerja Rumah Sakit PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Tahun 2019 <table><tr><th>NO</th><th>INDIKATOR</th><th>BOBOT</th><th>Nilai Skor</th></tr><tr><td>1</td><td>Penilaian Indikator/Aspek Keuangan</td><td>30</td><td>23.35</td></tr><tr><td>2</td><td>Penilaian Indikator/Aspek Layanan</td><td>70</td><td>61.89</td></tr><tr><td></td><td>Total</td><td>100</td><td>85.24</td></tr><tr><td colspan="3">TINGKAT KESEHATAN RS TRIWULAN IV TAHUN 2019</td><td>"AA"</td></tr></table> Sumber : Bagian Perencanaan dan Anggaran, 2019 Berdasarkan Tabel 3.4 penilaian indikator kinerja Rumah Sakit tahun 2019 dinilai dari Indikator Keuangan dan Indikator Pelayanan. Penilaian Indikator Kinerja Rumah Sakit tercapai sebesar 85.24 dan bila dibandingkan dengan target 85 telah mencapai dan melebihi target sebesar 0.24 poin. Berdasarkan hasil perhitungan penilaian indikator kinerja rumah sakit bahwa indikator kinerja keuangan sebesar 23.35, indikator kinerja pelayanan 61.89 maka total skor nilai pada tahun 2019 tercapai sebesar 85.24 sehingga tingkat kesehatan PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung tahun 2019 digolongkan dalam kelompok SEHAT “ AA”.	NO	INDIKATOR	BOBOT	Nilai Skor	1	Penilaian Indikator/Aspek Keuangan	30	23.35	2	Penilaian Indikator/Aspek Layanan	70	61.89		Total	100	85.24	TINGKAT KESEHATAN RS TRIWULAN IV TAHUN 2019			"AA"
NO	INDIKATOR	BOBOT	Nilai Skor																							
1	Penilaian Indikator/Aspek Keuangan	30	23.35																							
2	Penilaian Indikator/Aspek Layanan	70	61.89																							
	Total	100	85.24																							
TINGKAT KESEHATAN RS TRIWULAN IV TAHUN 2019			"AA"																							

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
3	Terciptanya Kepuasan Stakeholder	Persentase Kepuasan Pegawai	85	%	85.50	Metode analisis yang digunakan untuk menilai hasil survey ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Ditinjau berdasarkan sumbernya, data yang akan dianalisis termasuk dalam katagori data primer. Data primer adalah data yang dihimpun langsung dari objek penelitian menggunakan kuisisioner yang diisi oleh para pegawai. Hasil survey setelah dianalisis akan dinyatakan dalam angka “Indeks Kepuasan” dalam skala persen yang mencerminkan kepuasan pegawai secara keseluruhan. Hasil Pengolahan Data Setelah dilakukan penelitian terhadap kepuasan karyawan mengenai aspek kepuasan kerja, sarana prasarana, reward, komitmen organisasi, perilaku sosial dan organisasi terhadap seluruh karyawan PMN RS Mata Cicendo Bandung sebanyak 141 responden yang kembali dari 500 kuisisioner yang dibagikan. Tupoksi Berdasarkan hasil rekapitulasi diketahui bahwa tingkat kepuasan pegawai Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dalam kategori setuju dengan penilaian tertinggi pada aspek “Standar kualitas kerja yang ditetapkan PMN RS Mata Cicendo dapat saya capai dengan baik dan optimal” sebanyak 130 responden (92,2%). Adapun penilaian terendah dalam kategori kurang setuju pada aspek “Saya terkadang tidak berhasil mencapai target yang ditentukan oleh PMN RS Mata Cicendo” sebanyak 65 responden (46,1%).

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						Kendala dalam Penilaian Tingkat Kepuasan Pegawai adalah Perlunya motivasi meningkatkan kesadaran-kesadaran karyawan untuk mau mengisi dan mengembalikan kuesioner tepat waktu dikarenakan kurang pahamnya akan manfaat kuisisioner yang dibagikan.
						Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan dalam upaya meningkatkan angka persentase kepuasan pegawai adalah : a. Membangun jalur komunikasi secara efektif dengan semua level karyawan. b. Melibatkan peran <i>agent of change</i> untuk menjadi pihak yang dapat memberikan motivasi kepada seluruh karyawan. c. Memonitoring secara terus menerus penilaian kinerja. d. Meningkatkan monitoring cuti dan istirahat bagi seluruh karyawan e. Analisa beban kerja. Analisa beban kerja diperlukan untuk melihat GAP jumlah tuntutan kerja dengan jumlah SDM f. Meningkatkan evaluasi perencanaan dan pengembangan jenjang karir pegawai sebagai dasar pengusulan promosi pegawai. g. Melakukan sosialisasi kepada pegawai untuk meningkatkan kesadaran manfaat pengisian kuesioner bagi pribadi dan organisasi

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																			
			2019	Satuan																					
1	2	3	4	5	6	7																			
4	Terciptanya kepuasan stakeholder	Persentase kepuasan peserta didik	91	%	91%	Persentase kepuasan peserta didik diukur dengan menggunakan kuesioner yang dibagikan ke peserta didik (residen) tiap semester. Persentase kepuasan peserta didik tahun 2019 yaitu sebesar 91% Kriteria penilaian kepuasan peserta didik terbagi dalam 4 kriteria penilaian yaitu Fasilitas, dokter pendidik klinik (DPJP) dalam pendidikan PPDS, Kerjasama perawat dengan PPDS dan pendidikan PPDS. Evaluasi tingkat kepuasan peserta didik berdasarkan kriteria penilaian yang ditetapkan dan hasil pada tahun 2019 sebagai berikut : Tabel 3.5 Persentase Kepuasan Peserta Didik Tahun 2019 <table><tr><th>No</th><th>Kriteria Penilaian</th><th>Target 2019</th><th>Hasil Perhitungan</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>1</td><td>Fasilitas</td><td rowspan="4">91%</td><td>84,9%</td><td rowspan="4">91%</td></tr><tr><td>2</td><td>Dokter Pendidik Klinik (DPJP) dalam pendidikan PPDS</td><td>98,1%</td></tr><tr><td>3</td><td>Kerjasama perawat dengan PPDS</td><td>81,1%</td></tr><tr><td>4</td><td>Pendidikan PPDS</td><td>96,2%</td></tr></table> Sumber : Bagian Diklat dan Pendidikan, 2019 Berdasarkan Tabel 3.5 terlihat persentase kepuasan peserta didik yang dinilai pada tahun 2019 telah mencapai target yang ditetapkan yaitu sebesar 91%. Dari kriteria penilaian kepuasan peserta didik, kriteria dokter pendidik klinik (DPJP) dalam pendidikan PPDS merupakan kriteria nilai tertinggi yaitu sebesar 98,1% hal ini dapat diartikan 98,1% PPDS menilai dokter pendidik klinik memiliki kompetensi yang memadai di bidangnya, dokter pendidik klinik memiliki kompetensi pengajaran klinik yang memadai, terjalin komunikasi yang baik antara dokter pendidik klinik dengan PPDS.	No	Kriteria Penilaian	Target 2019	Hasil Perhitungan	Capaian	1	Fasilitas	91%	84,9%	91%	2	Dokter Pendidik Klinik (DPJP) dalam pendidikan PPDS	98,1%	3	Kerjasama perawat dengan PPDS	81,1%	4	Pendidikan PPDS	96,2%
No	Kriteria Penilaian	Target 2019	Hasil Perhitungan	Capaian																					
1	Fasilitas	91%	84,9%	91%																					
2	Dokter Pendidik Klinik (DPJP) dalam pendidikan PPDS		98,1%																						
3	Kerjasama perawat dengan PPDS		81,1%																						
4	Pendidikan PPDS		96,2%																						

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan										
			2019	Satuan												
1	2	3	4	5	6	7										
						dokter pendidik klinik telah menunjukkan profesional yang patut ditiru peserta didik. Kriteri penilaian terendah adalah kerjasama perawat dengan PPDS sebesar 81,1%, hal ini dapat diartikan bahwa 81,1% PPDS dapat terjalin kerjasama yang baik antara perawat dan PPDS. Hal ini menunjukkan bahwa dokter pendidik klinik merupakan pendidik yang sangat menguasai dan mampu memenuhi kebutuhan peserta didik.										
5	Terciptanya kepuasan stakeholder	Presentase komplain yang ditindaklanjuti	100	%	100%	Adalah persentase komplain atau rasa tidak puas yang disampaikan oleh pasien, peserta didik, staf dan mitra secara tertulis melalui email, kotak saran dan media massa yang ditindaklanjuti dari seluruh komplain yang ada. Penanganan komplain pada tahun 2019 dapat ditindaklanjuti 100%. Tabel 3.6 Persentase Komplain Yang Ditindaklanjuti Tahun 2019 <table><tr><th>Indikator Kinerja</th><th>Target 2018</th><th>Jumlah Komplain</th><th>Komplain Yang Ditindaklanjuti</th><th>%</th></tr><tr><td>Jumlah penanganan pengaduan/komplain</td><td>100%</td><td>194</td><td>194</td><td>100</td></tr></table> Sumber : Instalasi Pemasaran, Promkes, dan humas, 2019 Berdasarkan Tabel 3.6 terlihat persentase komplain tahun 2019 dari 194 komplain yang disampaikan semua permasalahan dapat ditindaklanjuti atau dapat diselesaikan sesuai dengan saran yang disampaikan untuk peningkatan pelayanan yang diberikan.	Indikator Kinerja	Target 2018	Jumlah Komplain	Komplain Yang Ditindaklanjuti	%	Jumlah penanganan pengaduan/komplain	100%	194	194	100
Indikator Kinerja	Target 2018	Jumlah Komplain	Komplain Yang Ditindaklanjuti	%												
Jumlah penanganan pengaduan/komplain	100%	194	194	100												

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan										
			2019	Satuan												
1	2	3	4	5	6	7										
						Hasil tindak lanjut dan evaluasi yang telah dilakukan adalah : b. Komplain mengenai pelayanan di rawat jalan, Paviliun dan Depo Farmasi sudah ditangani oleh masing-masing kepala unit c. Komplain mengenai pengadaan sarana, prasarana dan security sudah ditindaklanjuti dan ditangani oleh Kepala Bagian Umum b. Komplain kebersihan fasilitas toilet sudah ditangani oleh Instalasi Kesling. c. Komplain mengenai penambahan jumlah petugas telah ditindaklanjuti oleh Kepala Bagian Sumber Daya Manusia (SDM). d. Komplain mengenai fasilitas parkir sudah ditindaklanjuti dan ditangani oleh Kabag Umum. e. Selain komplain pasien, terdapat pula pujian terhadap pelayanan.										
6	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	Persentase capaian indikator medik sesuai standar	90	%	100%	Indikator yang dimaksud adalah indikator klinis khusus mata yang menggambarkan kinerja medik dalam penanganan kasus-kasus mata. Terdapat 23 indikator medik yang dapat dievaluasi. Evaluasi capaian indikator medik sesuai standar dapat dilihat pada tabel berikut : Tabel 3.7 Capaian Indikator Medik Sesuai Standar Tahun 2019 <table><tr><th>Indikator Kinerja</th><th>Target 2019</th><th>Indikator Medik sesuai Standar</th><th>Jumlah Indikator Medik</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>Persentase Capaian indikator medik sesuai standar</td><td>90%</td><td>23</td><td>23</td><td>100%</td></tr></table> <i>Sumber : Direktorat medik dan Keperawatan, 2019</i>	Indikator Kinerja	Target 2019	Indikator Medik sesuai Standar	Jumlah Indikator Medik	Capaian	Persentase Capaian indikator medik sesuai standar	90%	23	23	100%
Indikator Kinerja	Target 2019	Indikator Medik sesuai Standar	Jumlah Indikator Medik	Capaian												
Persentase Capaian indikator medik sesuai standar	90%	23	23	100%												

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						Berdasarkan Tabel 3.7 terlihat capaian indikator medik telah mencapai sesuai standar.
7	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	Persentase PPDS lulus tepat waktu (9 semester)	85	%	60%	Sesuai dengan Visi dan Misi Rumah Sakit Cicendo yaitu memberikan peluang dan lingkungan yang kondusif untuk penyelenggaraan pendidikan kesehatan mata yang inovatif, salah satu indikator yang ditetapkan adalah Prosentase PPDS lulusan tepat waktu (9 semester). Persentase PPDS lulus tepat waktu (9 semester) adalah jumlah peserta PPDS yang lulus tepat waktu dari seluruh peserta PPDS. Prosentase PPDS lulusan tepat waktu dilaporkan setiap semester berhubungan dengan masa perkuliahan, sehingga data yang dilaporkan pada tahun 2019. Capaian indikator persentase PPDS lulus tepat waktu dapat dilihat pada tabel berikut :

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan										
			2019	Satuan												
1	2	3	4	5	6	7										
						Tabel 3.8 Persentase PPDS Lulus Tepat Waktu (9 semester) Tahun 2019 <table><tr><th>Indikator Kinerja</th><th>Target 2019</th><th>Jumlah peserta PPDS yang lulus tepat waktu</th><th>Jumlah PPDS</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>Prosentase PPDS lulusan tepat waktu</td><td>85 %</td><td>6 orang</td><td>10 orang</td><td>60%</td></tr></table> Sumber : Bagian Diklat dan Pendidikan, 2019 Berdasarkan Tabel 3.8 terlihat Prosentase PPDS lulus tepat waktu sesuai dengan waktu yang ditetapkan selama 9 semester pada tahun 2019 sebesar 60%.	Indikator Kinerja	Target 2019	Jumlah peserta PPDS yang lulus tepat waktu	Jumlah PPDS	Capaian	Prosentase PPDS lulusan tepat waktu	85 %	6 orang	10 orang	60%
Indikator Kinerja	Target 2019	Jumlah peserta PPDS yang lulus tepat waktu	Jumlah PPDS	Capaian												
Prosentase PPDS lulusan tepat waktu	85 %	6 orang	10 orang	60%												
8	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	Akreditasi Internasional (JCI)	Akreditasi Internasional		Terlaksana	Survey penilaian Akreditasi Internasional telah dilaksanakan pada tanggal 2-6 Desember 2019 dan telah meraih kembali predikat “PARIPURNA”.										

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																								
			2019	Satuan																										
1	2	3	4	5	6	7																								
						Dengan rincian kegiatan sebagai berikut Tabel 3.9 Kegiatan Akreditasi Rumah Sakit <table><tr><th>No</th><th>Realisasi Kegiatan</th><th>Uraian Kegiatan</th><th>Waktu</th><th>Tempat</th><th>Evaluasi</th></tr><tr><td>1</td><td>Telusur Skenario SNARS</td><td>Tim akreditasi melakukan kegiatan telusur lapangan dengan menggunakan buku ReDOWSKo sebagai dasar dalam melakukan penilaian lapangan. Diharapkan dengan melakukan telusur lapangan, kita mampu untuk melakukan evaluasi terhadap pemahaman dan penerapan standar yang berlaku di lapangan. Dengan demikian, kita dapat menyusun perencanaan terkait dengan hasil evaluasi tersebut sebagai metode untuk terus melakukan perbaikan dan peningkatan standar pelayanan kesehatan.</td><td>-</td><td>PMN RS Mata Cicendo</td><td>Telusur skenario belum dapat dilaksanakan di Bulan Januari karena sulitnya melakukan koordinasi terkait kendala berbagai pihak yang sedang disibukkan dengan kegiatan awal tahun yang tidak dapat ditinggalkan. Dengan demikian, kita akan melakukan evaluasi kembali terkait dengan perencanaan kegiatan telusur skenario SNARS.</td></tr><tr><td>2</td><td>Bedah Dokumen</td><td>Rapat koordinasi pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I</td><td>9 dan 3 Januari</td><td>PMN RS Mata Cicendo</td><td>Meskipun dalam perencanaan rapat bedah dokumen untuk dokumen SNARS dimaksudkan pada Bulan September s.d Desember 2018, kita tetap melakukan bedah dokumen sesuai dengan kebutuhan Pokja setiap bulannya. Rapat ini tetap dilaksanakan karena Pokja PAB merasa membutuhkan waktu dan tempat untuk melakukan diskusi terkait hal-hal yang masih kurang dimengerti. Rapat ini terlaksana tanpa hambatan sebanyak 2 kali pertemuan di Bulan Januari. Ada banyak hal yang perlu diperbaiki terkait dokumen akreditasi Pokja PAB, akan tetapi Pokja PAB sudah memahami apa yang perlu mereka perbaiki. Hal ini sesuai dengan perencanaan yang mereka buat dalam notulen rapat.</td></tr><tr><td>3</td><td>Rapat Pleno Mutu</td><td>Diikuti oleh semua Tim Akreditasi, semua pokja dan juga direksi. Rapat pleno mutu disini membahas persiapan akreditasi SNARS Internasional edisi 1 yang rencananya akan dilaksanakan bulan november 2019 mendatang serta pemberitahuan jadwal bimbingan yang akan dilakukan oleh pembimbing dari KARS.</td><td>12 Februari 2019</td><td>PMN RS Mata Cicendo</td><td>Rapat berlangsung lancar.</td></tr></table>	No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi	1	Telusur Skenario SNARS	Tim akreditasi melakukan kegiatan telusur lapangan dengan menggunakan buku ReDOWSKo sebagai dasar dalam melakukan penilaian lapangan. Diharapkan dengan melakukan telusur lapangan, kita mampu untuk melakukan evaluasi terhadap pemahaman dan penerapan standar yang berlaku di lapangan. Dengan demikian, kita dapat menyusun perencanaan terkait dengan hasil evaluasi tersebut sebagai metode untuk terus melakukan perbaikan dan peningkatan standar pelayanan kesehatan.	-	PMN RS Mata Cicendo	Telusur skenario belum dapat dilaksanakan di Bulan Januari karena sulitnya melakukan koordinasi terkait kendala berbagai pihak yang sedang disibukkan dengan kegiatan awal tahun yang tidak dapat ditinggalkan. Dengan demikian, kita akan melakukan evaluasi kembali terkait dengan perencanaan kegiatan telusur skenario SNARS.	2	Bedah Dokumen	Rapat koordinasi pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I	9 dan 3 Januari	PMN RS Mata Cicendo	Meskipun dalam perencanaan rapat bedah dokumen untuk dokumen SNARS dimaksudkan pada Bulan September s.d Desember 2018, kita tetap melakukan bedah dokumen sesuai dengan kebutuhan Pokja setiap bulannya. Rapat ini tetap dilaksanakan karena Pokja PAB merasa membutuhkan waktu dan tempat untuk melakukan diskusi terkait hal-hal yang masih kurang dimengerti. Rapat ini terlaksana tanpa hambatan sebanyak 2 kali pertemuan di Bulan Januari. Ada banyak hal yang perlu diperbaiki terkait dokumen akreditasi Pokja PAB, akan tetapi Pokja PAB sudah memahami apa yang perlu mereka perbaiki. Hal ini sesuai dengan perencanaan yang mereka buat dalam notulen rapat.	3	Rapat Pleno Mutu	Diikuti oleh semua Tim Akreditasi, semua pokja dan juga direksi. Rapat pleno mutu disini membahas persiapan akreditasi SNARS Internasional edisi 1 yang rencananya akan dilaksanakan bulan november 2019 mendatang serta pemberitahuan jadwal bimbingan yang akan dilakukan oleh pembimbing dari KARS.	12 Februari 2019	PMN RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar.
No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi																									
1	Telusur Skenario SNARS	Tim akreditasi melakukan kegiatan telusur lapangan dengan menggunakan buku ReDOWSKo sebagai dasar dalam melakukan penilaian lapangan. Diharapkan dengan melakukan telusur lapangan, kita mampu untuk melakukan evaluasi terhadap pemahaman dan penerapan standar yang berlaku di lapangan. Dengan demikian, kita dapat menyusun perencanaan terkait dengan hasil evaluasi tersebut sebagai metode untuk terus melakukan perbaikan dan peningkatan standar pelayanan kesehatan.	-	PMN RS Mata Cicendo	Telusur skenario belum dapat dilaksanakan di Bulan Januari karena sulitnya melakukan koordinasi terkait kendala berbagai pihak yang sedang disibukkan dengan kegiatan awal tahun yang tidak dapat ditinggalkan. Dengan demikian, kita akan melakukan evaluasi kembali terkait dengan perencanaan kegiatan telusur skenario SNARS.																									
2	Bedah Dokumen	Rapat koordinasi pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I	9 dan 3 Januari	PMN RS Mata Cicendo	Meskipun dalam perencanaan rapat bedah dokumen untuk dokumen SNARS dimaksudkan pada Bulan September s.d Desember 2018, kita tetap melakukan bedah dokumen sesuai dengan kebutuhan Pokja setiap bulannya. Rapat ini tetap dilaksanakan karena Pokja PAB merasa membutuhkan waktu dan tempat untuk melakukan diskusi terkait hal-hal yang masih kurang dimengerti. Rapat ini terlaksana tanpa hambatan sebanyak 2 kali pertemuan di Bulan Januari. Ada banyak hal yang perlu diperbaiki terkait dokumen akreditasi Pokja PAB, akan tetapi Pokja PAB sudah memahami apa yang perlu mereka perbaiki. Hal ini sesuai dengan perencanaan yang mereka buat dalam notulen rapat.																									
3	Rapat Pleno Mutu	Diikuti oleh semua Tim Akreditasi, semua pokja dan juga direksi. Rapat pleno mutu disini membahas persiapan akreditasi SNARS Internasional edisi 1 yang rencananya akan dilaksanakan bulan november 2019 mendatang serta pemberitahuan jadwal bimbingan yang akan dilakukan oleh pembimbing dari KARS.	12 Februari 2019	PMN RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar.																									

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																				
			2019	Satuan																																						
1	2	3	4	5	6	7																																				
						<table><tr><th>No</th><th>Realisasi Kegiatan</th><th>Uraian Kegiatan</th><th>Waktu</th><th>Tempat</th><th>Evaluasi</th></tr><tr><td>4</td><td>Bimbingan dari dr. Djoni</td><td>Bimbingan pokja IPKP dan PPRA untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.</td><td>15 Februari 2019</td><td>PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4</td><td>Bimbingan dari dr.Djoni berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.</td></tr><tr><td>5</td><td>Rapat Bedah Dokumen</td><td>Rapat Koordinasi pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) KARS 2012</td><td>13, 19, dan 26 Maret 2019</td><td>PMN RS Mata Cicendo</td><td>Rapat berlangsung lancar, akan tetapi ada salah satu pokja yang di reschedule ketika rapat bedah dokumen dikarenakan anggota pokjanya mengikuti pemeriksaan dokumen dan survei WBK dan WBBM sehingga rapat bedah dokumen dilaksanakan minggu berikutnya.</td></tr><tr><td>6</td><td>Bimbingan dari dr. Sutoto dan dr. Nico</td><td>Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.</td><td>01, 20 dan 27 Maret 2019</td><td>PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4 dan Ruang Rapat Direksi Gedung A lantai 3</td><td>Bimbingan dari dr.Djoni berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.</td></tr><tr><td>7</td><td>Rapat internal Tim akreditasi dengan Direksi</td><td>Dilikuti oleh semua Tim Akreditasi, Direksi dan Ketua Tim Regulasi. Rapat internal tim akreditasi ini membahas persiapan regulasi akreditasi serta hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.</td><td>29 April 2019</td><td>PMN RS Mata Cicendo Ruang Rapat Direksi Gedung A lantai 3</td><td>Rapat berlangsung lancar</td></tr><tr><td>8</td><td>Bimbingan dari KARS oleh dr. Djoti Atmodjo, SpA., MARS</td><td>Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.</td><td>18 dan 26 April 2019</td><td>PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4</td><td>Bimbingan dari dr.Djoti berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.</td></tr></table>	No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi	4	Bimbingan dari dr. Djoni	Bimbingan pokja IPKP dan PPRA untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	15 Februari 2019	PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4	Bimbingan dari dr.Djoni berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.	5	Rapat Bedah Dokumen	Rapat Koordinasi pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) KARS 2012	13, 19, dan 26 Maret 2019	PMN RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar, akan tetapi ada salah satu pokja yang di reschedule ketika rapat bedah dokumen dikarenakan anggota pokjanya mengikuti pemeriksaan dokumen dan survei WBK dan WBBM sehingga rapat bedah dokumen dilaksanakan minggu berikutnya.	6	Bimbingan dari dr. Sutoto dan dr. Nico	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	01, 20 dan 27 Maret 2019	PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4 dan Ruang Rapat Direksi Gedung A lantai 3	Bimbingan dari dr.Djoni berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.	7	Rapat internal Tim akreditasi dengan Direksi	Dilikuti oleh semua Tim Akreditasi, Direksi dan Ketua Tim Regulasi. Rapat internal tim akreditasi ini membahas persiapan regulasi akreditasi serta hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	29 April 2019	PMN RS Mata Cicendo Ruang Rapat Direksi Gedung A lantai 3	Rapat berlangsung lancar	8	Bimbingan dari KARS oleh dr. Djoti Atmodjo, SpA., MARS	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	18 dan 26 April 2019	PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4	Bimbingan dari dr.Djoti berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.
No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi																																					
4	Bimbingan dari dr. Djoni	Bimbingan pokja IPKP dan PPRA untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	15 Februari 2019	PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4	Bimbingan dari dr.Djoni berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.																																					
5	Rapat Bedah Dokumen	Rapat Koordinasi pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) KARS 2012	13, 19, dan 26 Maret 2019	PMN RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar, akan tetapi ada salah satu pokja yang di reschedule ketika rapat bedah dokumen dikarenakan anggota pokjanya mengikuti pemeriksaan dokumen dan survei WBK dan WBBM sehingga rapat bedah dokumen dilaksanakan minggu berikutnya.																																					
6	Bimbingan dari dr. Sutoto dan dr. Nico	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	01, 20 dan 27 Maret 2019	PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4 dan Ruang Rapat Direksi Gedung A lantai 3	Bimbingan dari dr.Djoni berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.																																					
7	Rapat internal Tim akreditasi dengan Direksi	Dilikuti oleh semua Tim Akreditasi, Direksi dan Ketua Tim Regulasi. Rapat internal tim akreditasi ini membahas persiapan regulasi akreditasi serta hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	29 April 2019	PMN RS Mata Cicendo Ruang Rapat Direksi Gedung A lantai 3	Rapat berlangsung lancar																																					
8	Bimbingan dari KARS oleh dr. Djoti Atmodjo, SpA., MARS	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	18 dan 26 April 2019	PMN RS Mata Cicendo Gedung C lantai 4	Bimbingan dari dr.Djoti berjalan dengan lancar, pokja-pokja yang dibimbing dihimbau untuk segera melengkapi dokumen beserta hal lainnya yang belum lengkap terkait dengan pemenuhan standar sesuai SNARS edisi 1 dan apabila sudah lengkap dimohon untuk segera menguploadnya ke SISMADAK.																																					

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																																
			2019	Satuan																																																		
1	2	3	4	5	6	7																																																
						<table><tr><th>No</th><th>Realisasi Kegiatan</th><th>Uraian Kegiatan</th><th>Waktu</th><th>Tempat</th><th>Evaluasi</th></tr><tr><td>9</td><td>Telusur Skenario SNARS edisi 1</td><td>Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan Seluruh kepala unit, dengan menggunakan metode Redowsko</td><td>13, 20 dan 27 Juni 2019</td><td>Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C dan unit-unit RS Mata Cicendo</td><td>Telusur berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>10</td><td>Finalisasi PPS Verifikasi tahun ke-2</td><td>Diikuti oleh Tim Akreditasi, Pendamping dan Pengampu. Rapat Finalisasi Dokumen PPS ini membahas finalisasi PPS akreditasi serta hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai KARS 2012.</td><td>20 Juni 2019</td><td>Ruang Rapat Direksi lantai 3 gedung A RS Mata Cicendo</td><td>Rapat berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>11</td><td>Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.</td><td>PMN RS Mata Cicendo mengirimkan 4 pegawainya untuk mengikuti pelatihan tersebut. Pelatihan dilaksanakan untuk mendukung peningkatan pelayanan di RS sehingga pasien dapat lebih aman dan nyaman ketika melakukan pengobatan di PMN RS Mata Cicendo Bandung.</td><td>20-21 Juni 2019</td><td>Hotel Harris Kelapa Gading Jakarta</td><td>Kegiatan berlangsung lancar, pelatihan tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 sangat bermanfaat bagi peserta pelatihan dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di PMN RS Mata Cicendo Bandung.</td></tr><tr><td>12</td><td>Rapat Technical Meeting Verifikasi KARS</td><td>Diikuti oleh Tim Akreditasi dan Petugas yang akan bertugas saat survei verifikasi. Rapat Technical Meeting Verifikasi KARS ini membahas persiapan pelaksanaan acara survei verifikasi tahun ke 2 KARS 2012.</td><td>25 Juni 2019</td><td>Ruang rapat direksi lantai 3 gedung A RS Mata Cicendo</td><td>Rapat berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>13</td><td>Survei Simulasi Internal</td><td>Dilakukan Survei Simulasi verifikasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan bedah dokumen yang dipandu oleh pendamping yang berperan menjadi survei dalam survei simulasi tersebut. Simulasi dilakukan dengan membagi pokja menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok medis keperawatan.</td><td>26 Juni 2019</td><td>Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo</td><td>Survei Simulasi berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>14</td><td>Telusur Skenario SNARS edisi 1</td><td>Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.</td><td>11, 18 dan 25 Juli 2019</td><td>Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo</td><td>Telusur berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>15</td><td>Survei Verifikasi KARS tahun ke 2</td><td>Dilakukan survei verifikasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan penilaian terhadap PPS yang dipandu oleh survei dalam survei tersebut. Survei verifikasi dilakukan dengan membagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok medis keperawatan.</td><td>2 dan 3 Juli 2019</td><td>Lantai 4 Gedung C RS Mata Cicendo</td><td>Survei verifikasi berlangsung lancar.</td></tr></table>	No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi	9	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan Seluruh kepala unit, dengan menggunakan metode Redowsko	13, 20 dan 27 Juni 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.	10	Finalisasi PPS Verifikasi tahun ke-2	Diikuti oleh Tim Akreditasi, Pendamping dan Pengampu. Rapat Finalisasi Dokumen PPS ini membahas finalisasi PPS akreditasi serta hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai KARS 2012.	20 Juni 2019	Ruang Rapat Direksi lantai 3 gedung A RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar.	11	Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.	PMN RS Mata Cicendo mengirimkan 4 pegawainya untuk mengikuti pelatihan tersebut. Pelatihan dilaksanakan untuk mendukung peningkatan pelayanan di RS sehingga pasien dapat lebih aman dan nyaman ketika melakukan pengobatan di PMN RS Mata Cicendo Bandung.	20-21 Juni 2019	Hotel Harris Kelapa Gading Jakarta	Kegiatan berlangsung lancar, pelatihan tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 sangat bermanfaat bagi peserta pelatihan dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di PMN RS Mata Cicendo Bandung.	12	Rapat Technical Meeting Verifikasi KARS	Diikuti oleh Tim Akreditasi dan Petugas yang akan bertugas saat survei verifikasi. Rapat Technical Meeting Verifikasi KARS ini membahas persiapan pelaksanaan acara survei verifikasi tahun ke 2 KARS 2012.	25 Juni 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung A RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar.	13	Survei Simulasi Internal	Dilakukan Survei Simulasi verifikasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan bedah dokumen yang dipandu oleh pendamping yang berperan menjadi survei dalam survei simulasi tersebut. Simulasi dilakukan dengan membagi pokja menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok medis keperawatan.	26 Juni 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo	Survei Simulasi berlangsung lancar.	14	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	11, 18 dan 25 Juli 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.	15	Survei Verifikasi KARS tahun ke 2	Dilakukan survei verifikasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan penilaian terhadap PPS yang dipandu oleh survei dalam survei tersebut. Survei verifikasi dilakukan dengan membagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok medis keperawatan.	2 dan 3 Juli 2019	Lantai 4 Gedung C RS Mata Cicendo	Survei verifikasi berlangsung lancar.
No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi																																																	
9	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan Seluruh kepala unit, dengan menggunakan metode Redowsko	13, 20 dan 27 Juni 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.																																																	
10	Finalisasi PPS Verifikasi tahun ke-2	Diikuti oleh Tim Akreditasi, Pendamping dan Pengampu. Rapat Finalisasi Dokumen PPS ini membahas finalisasi PPS akreditasi serta hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai KARS 2012.	20 Juni 2019	Ruang Rapat Direksi lantai 3 gedung A RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar.																																																	
11	Pelatihan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1.	PMN RS Mata Cicendo mengirimkan 4 pegawainya untuk mengikuti pelatihan tersebut. Pelatihan dilaksanakan untuk mendukung peningkatan pelayanan di RS sehingga pasien dapat lebih aman dan nyaman ketika melakukan pengobatan di PMN RS Mata Cicendo Bandung.	20-21 Juni 2019	Hotel Harris Kelapa Gading Jakarta	Kegiatan berlangsung lancar, pelatihan tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1 sangat bermanfaat bagi peserta pelatihan dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien di PMN RS Mata Cicendo Bandung.																																																	
12	Rapat Technical Meeting Verifikasi KARS	Diikuti oleh Tim Akreditasi dan Petugas yang akan bertugas saat survei verifikasi. Rapat Technical Meeting Verifikasi KARS ini membahas persiapan pelaksanaan acara survei verifikasi tahun ke 2 KARS 2012.	25 Juni 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung A RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar.																																																	
13	Survei Simulasi Internal	Dilakukan Survei Simulasi verifikasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan bedah dokumen yang dipandu oleh pendamping yang berperan menjadi survei dalam survei simulasi tersebut. Simulasi dilakukan dengan membagi pokja menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok medis keperawatan.	26 Juni 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo	Survei Simulasi berlangsung lancar.																																																	
14	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	11, 18 dan 25 Juli 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.																																																	
15	Survei Verifikasi KARS tahun ke 2	Dilakukan survei verifikasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan penilaian terhadap PPS yang dipandu oleh survei dalam survei tersebut. Survei verifikasi dilakukan dengan membagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok medis keperawatan.	2 dan 3 Juli 2019	Lantai 4 Gedung C RS Mata Cicendo	Survei verifikasi berlangsung lancar.																																																	

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																										
			2019	Satuan																																												
1	2	3	4	5	6	7																																										
						<table><tr><th>No</th><th>Realisasi Kegiatan</th><th>Uraian Kegiatan</th><th>Waktu</th><th>Tempat</th><th>Evaluasi</th></tr><tr><td>16</td><td>Telaah dokumen SNARS Edisi 1</td><td>Diikuti oleh tim akreditasi, Pendamping dan Pengampu. Telaah dokumen pokja ini adalah untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.</td><td>10, 11, 16, 17, 23, 24, 30 dan 31 Juli 2019</td><td>Gedung D lantai 3 RS Mata Cicendo</td><td>Telaah dokumen berlangsung lancar, akan tetapi ada beberapa pokja di jadwal ulang sehingga telaah dokumen dilakukan di hari lainnya.</td></tr><tr><td>17</td><td>Telusur Skenario SNARS edisi 1</td><td>Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.</td><td>8, 15, 22 dan 29 Agustus 2019</td><td>Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo</td><td>Telusur berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>18</td><td>Review bimbingan akreditasi Dr. Arjaty W Daud, MARS.</td><td>Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.</td><td>08, 09 dan 12 Agustus 2019</td><td>Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi dan Ruang Serbaguna RS Mata Cicendo</td><td>Review akreditasi berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>19</td><td>Survei Simulasi akreditasi SNARS Edisi 1 oleh: dr. Sri Pratomo, Sp.B, FINACS, FICS, dr. Pudji Sri Rasmiati, Sp.B, MPH, FINACS, Dr. dr. Suginarti, M.Kes, DFM, Dr. H. Suprpto, S.Pd., S.Kp., MM</td><td>Dilakukan survei simulasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan bedah dokumen yang dipandu oleh surveiur dalam survei tersebut. Survei simulasi dilakukan dengan membagi pokja menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok keperawatan.</td><td>21 s/d 24 Agustus 2019</td><td>Gedung C lantai 4 RS Mata Cicendo</td><td>Survei Simulasi berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>20</td><td>Telusur Skenario SNARS edisi 1</td><td>Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.</td><td>5, 12, 19 dan 26 September 2019</td><td>Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo</td><td>Telusur berlangsung lancar.</td></tr><tr><td>21</td><td>Rapat Koordinasi persiapan survey akreditasi bulan november / desember.</td><td>Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.</td><td>03 September 2019</td><td>Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi dan Ruang Serbaguna RS Mata Cicendo</td><td>Rapat berlangsung lancar.</td></tr></table>	No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi	16	Telaah dokumen SNARS Edisi 1	Diikuti oleh tim akreditasi, Pendamping dan Pengampu. Telaah dokumen pokja ini adalah untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	10, 11, 16, 17, 23, 24, 30 dan 31 Juli 2019	Gedung D lantai 3 RS Mata Cicendo	Telaah dokumen berlangsung lancar, akan tetapi ada beberapa pokja di jadwal ulang sehingga telaah dokumen dilakukan di hari lainnya.	17	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	8, 15, 22 dan 29 Agustus 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.	18	Review bimbingan akreditasi Dr. Arjaty W Daud, MARS.	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	08, 09 dan 12 Agustus 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi dan Ruang Serbaguna RS Mata Cicendo	Review akreditasi berlangsung lancar.	19	Survei Simulasi akreditasi SNARS Edisi 1 oleh: dr. Sri Pratomo, Sp.B, FINACS, FICS, dr. Pudji Sri Rasmiati, Sp.B, MPH, FINACS, Dr. dr. Suginarti, M.Kes, DFM, Dr. H. Suprpto, S.Pd., S.Kp., MM	Dilakukan survei simulasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan bedah dokumen yang dipandu oleh surveiur dalam survei tersebut. Survei simulasi dilakukan dengan membagi pokja menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok keperawatan.	21 s/d 24 Agustus 2019	Gedung C lantai 4 RS Mata Cicendo	Survei Simulasi berlangsung lancar.	20	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	5, 12, 19 dan 26 September 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.	21	Rapat Koordinasi persiapan survey akreditasi bulan november / desember.	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	03 September 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi dan Ruang Serbaguna RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar.
No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi																																											
16	Telaah dokumen SNARS Edisi 1	Diikuti oleh tim akreditasi, Pendamping dan Pengampu. Telaah dokumen pokja ini adalah untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	10, 11, 16, 17, 23, 24, 30 dan 31 Juli 2019	Gedung D lantai 3 RS Mata Cicendo	Telaah dokumen berlangsung lancar, akan tetapi ada beberapa pokja di jadwal ulang sehingga telaah dokumen dilakukan di hari lainnya.																																											
17	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	8, 15, 22 dan 29 Agustus 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.																																											
18	Review bimbingan akreditasi Dr. Arjaty W Daud, MARS.	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	08, 09 dan 12 Agustus 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi dan Ruang Serbaguna RS Mata Cicendo	Review akreditasi berlangsung lancar.																																											
19	Survei Simulasi akreditasi SNARS Edisi 1 oleh: dr. Sri Pratomo, Sp.B, FINACS, FICS, dr. Pudji Sri Rasmiati, Sp.B, MPH, FINACS, Dr. dr. Suginarti, M.Kes, DFM, Dr. H. Suprpto, S.Pd., S.Kp., MM	Dilakukan survei simulasi akreditasi rumah sakit dengan melakukan bedah dokumen yang dipandu oleh surveiur dalam survei tersebut. Survei simulasi dilakukan dengan membagi pokja menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok keperawatan.	21 s/d 24 Agustus 2019	Gedung C lantai 4 RS Mata Cicendo	Survei Simulasi berlangsung lancar.																																											
20	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	5, 12, 19 dan 26 September 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.																																											
21	Rapat Koordinasi persiapan survey akreditasi bulan november / desember.	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I.	03 September 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi dan Ruang Serbaguna RS Mata Cicendo	Rapat berlangsung lancar.																																											

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan					
			2019	Satuan							
1	2	3	4	5	6	7					
						No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi
						22	Perbaikan dan penyeragaman regulasi akreditasi	Diikuti oleh seluruh pokja untuk memperbaiki dan menyeragamkan regulasi akreditasi sesuai dengan SNARS edisi 1 dan Tata naskah RS Mata Cicendo	09 - 20 September 2019	Lantai 3 Gedung D. Ruang serbaguna RS Mata Cicendo	Kegiatan berlangsung lancar
						23	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	3, 10, 17 dan 24 dan 31 Oktober 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.
						24	Rapat Koordinasi Tim Akreditasi SNARS Internasional	Diikuti oleh Tim Akreditasi, Pendamping dan Pengampu serta seluruh pokja dan ketua pokja, juga tim daldok dan tim codelue. Rapat koordinasi ini membahas persiapan untuk survei akreditasi SNARS Internasional.	08 Oktober 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi	Rapat berlangsung lancar.
						25	Bedah Dokumen SNARS Internasional	Bimbingan seluruh pokja untuk memperbaiki dan melengkapi dokumen dan hal-hal lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Internasional.	21,22, 23 dan 25 Oktober 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi, Ruang Rapat Serbaguna, Ruang Rapat Keperawatan dan Ruang Rapat Dirut	Rapat berlangsung lancar.
						26	Rapat Tim Inti	Diikuti oleh tim inti akreditasi RS Mata Cicendo Bandung untuk membahas persiapan kegiatan pitstop.	29 Oktober 2019	Ruang Rapat Serbaguna Lantai 3 Gedung A	Rapat berlangsung lancar.
						27	Rapat Pleno Akreditasi SNARS Internasional dan Persiapan Pitstop	Diikuti oleh Tim Akreditasi, Pendamping dan Pengampu ketua pokja. Rapat koordinasi ini membahas persiapan untuk kegiatan pitstop.	30 Oktober 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi	Rapat berlangsung lancar.
						28	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	7, 21 dan 28 November 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan					
			2019	Satuan							
1	2	3	4	5	6	7					
						No	Realisasi Kegiatan	Uraian Kegiatan	Waktu	Tempat	Evaluasi
						29	Show Dokumen	Kegiatan ini bertujuan untuk melengkapi kebutuhan dokumen dari seluruh unit dan pokja terkait guna persiapan survei akreditasi SNARS Internasional.	5 November 2019	Aula Lantai 4 Gedung C.	Show Dokumen berlangsung lancar.
						30	Bedah Sismadak SNARS Internasional	Diikuti oleh Pengampu, Pendamping, ketua dan seluruh pokja untuk memastikan serta melengkapi regulasi dan dokumen lainnya terkait pemenuhan standar sesuai Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Internasional.	19, 20, 21 dan 22 November 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi, Ruang Rapat Serbaguna, Ruang Rapat ULP dan Ruang Rapat Dirut.	Bedah Sismadak berlangsung lancar.
						31	Pitstop Akreditasi Internasional Tahun 2019	Kegiatan ini bertujuan untuk sosialisasi terkait akreditasi internasional berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) edisi 1. Pada kegiatan ini terdapat 19 pokja dan 1 stand code blue yang memberikan sosialisasi terhadap semua pegawai Rumah Sakit.	13 s/d 15 November 2019	Aula Gedung C lantai 4.	Kegiatan ini berlangsung lancar.
						32	Rapat Persiapan Survei Akreditasi SNARS Internasional	Diikuti oleh Tim Akreditasi, Pendamping, Pengampu dan ketua pokja. Rapat koordinasi ini membahas persiapan untuk Survei Akreditasi SNARS Internasional.	26 November 2019	Lantai 3 Gedung A Ruang Rapat Direksi	Rapat berlangsung lancar.
						33	Telusur Skenario SNARS edisi 1	Diikuti oleh Tim assesor internal RS Mata Cicendo beserta seluruh direksi dan seluruh kepala unit dengan menggunakan metode Redowsko.	12, 19 dan 26 Desember 2019	Ruang rapat direksi lantai 3 gedung C RS Mata Cicendo dan unit-unit RS Mata Cicendo	Telusur berlangsung lancar.
						34	Survei Akreditasi SNARS Internasional	Dilakukan survei akreditasi Internasional rumah sakit dengan melakukan bedah dokumen yang dipandu oleh suneior dalam survei tersebut. Survei akreditasi Internasional dilakukan dengan membagi pokja menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok manajemen dan kelompok keperawatan.	2 s/d 6 Desember 2019	Aula Lantai 4 Gedung C.	Survei Akreditasi Internasional berlangsung lancar.

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
9	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	Jumlah publikasi nasional dan internasional	10	Publikasi	11	Penelitian dan pengembangan kesehatan mata merupakan salah satu misi yang harus dilaksanakan Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, sehingga dalam Renstra maupun Rencana Kerja Tahunan. Kegiatan penelitian yang dipublikasikan sampai dengan tahun 2019 terealisasi sebanyak 11 (sebelas) penelitian. Judul penelitian yang dipublikasikan terdapat di bawah ini : <i>The Characteristics of Patient with Macular Hole After Pars Plana Vitrectomy (PPV) and Internal Limiting Membran (ILM) Peeling in Cicendo Eye Hospital National Eye Center, Bandung</i> <i>Gambaran Klinis Dan Penatalaksanaan Aniridia Kongenital Di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo</i> <i>Crab cuticle membrane application for treatment of corneal lamellar laceration in rats: a preliminary study</i> <i>Clinical Characteristics and Management of Cytomegalovirus Retinitis with HIV in Cicendo Eye Hospital National Eye Centre, Bandung</i> <i>Use of A Very Low Dose of Streptozotocin Induce Diabetic Retinopathy in Rats</i> <i>Oral Ciprofloxacin As Prophylactic Antibiotic After Primary Vitrectomy Surgery For Rhegmatogenous Retina Detachment : Necessary Or Not?</i> <i>Analisis Kebutuhan Pelatihan Pegawai Administrasi PMN. RS. Mata Cicendo Bandung</i>

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						h. <i>Evaluation of The Timing of intravitreal bevacizumab injection as adjuvant therapy to panretinal photocoagulation in patients with diabetic macular edema secondary to diabetic retinopathy</i> i. <i>Correlations of Deoxyribonucleic acid methylation, histone acetylation, and microma-320 with sorbitol dehydrogenase in diabetic retinopathy</i> j. <i>Evaluation of Thickness of Ganglion Cell Layer With Inner Plexiform Layer in Patients With Diabetic Retinopathy</i> k. <i>Retinal Nerve Fiber Layer Thickness in Diabetic Retinopathy Patients Without Clinically Significant Macular Edema</i>
10	Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	Jumlah RS jejaring yang diampu	2	Rumah Sakit	2	Kegiatan pengampuan RS Jejaring dalam rangka mewujudkan sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal, terdapat 2 (dua) RS jejaring yang diampu pada Tahun 2019 dan telah mencapai target yang ditetapkan sebanyak 2 RS jejaring. RS jejaring yang diampu yaitu : a) RSUD Waled Kabupaten Cirebon berlaku sampai dengan 30 April 2020 b) Rumah Sakit Mata Bali Mandara tentang Pelayanan Rujukan Pasien dan Pengembangan Kompetensi Sumber Daya Manusia MoU Nomor : 445/50/PRJ/RSM.BM berlaku sampai dengan 15 Mei 2020

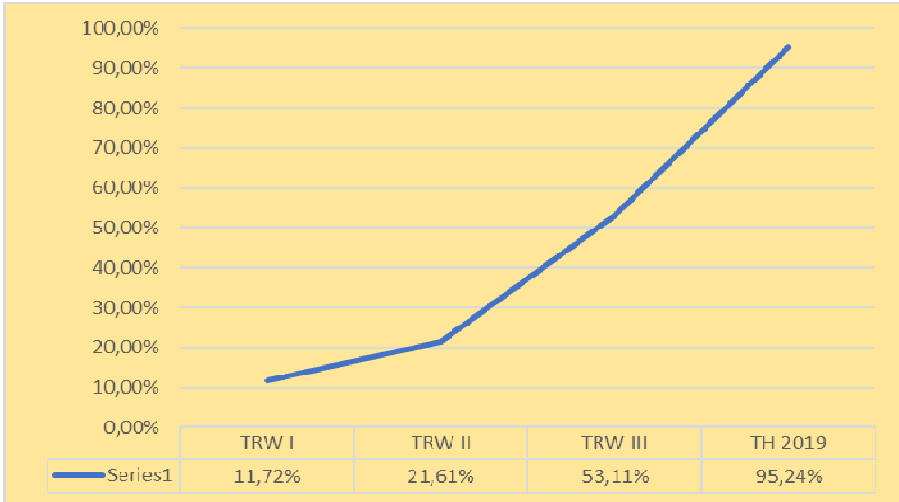
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
11	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	Jumlah SDM yang Magang di RS Benchmark (≥ 1 Minggu)	3	orang	1	RS Benchmark adalah rumah sakit yang dijadikan model RS Mata Cicendo. Program magang di RS Benchmark bertujuan untuk meningkatkan kompetensi SDM medik maupun non medik. Selama tahun 2019, RS Mata Cicendo Bandung telah mengirimkan 1 orang SDM ke RS Benchmark, yaitu: dr. Rusti Hanindya Sari, SpM di Tan Tock Seng Hospital Singapura yang melakukan hands-off observership Neuroophthalmology yang dilaksanakan dari tanggal 1 April sampai dengan 28 Juni 2019.
12	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	Jumlah program pengampuan dari RS Benchmark yang dapat dilaksanakan	1	Program	2	Program pengampuan adalah bimbingan teknis atau manajerial untuk meningkatkan kemandirian dalam salah satu aspek pelayanan. Selama tahun 2019 dari target 1 program yang ditetapkan telah ada tercapai 2 program pengampuan dari RS Benchmark yang dapat dilaksanakan yaitu program Bank Mata dan Low Vision.
13	Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu	3	Program Layanan Unggulan	1	Layanan unggulan adalah suatu layanan yang penuh inovasi yang didukung oleh teknologi terbaik dibidangnya, komprehensif pada layanan klinik yang fokus pada suatu pelayanan mata tertentu serta tidak dimiliki pesaing. Selama tahun 2019 dari target 3 pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu telah dilakukan proses MOU dengan RSHS.

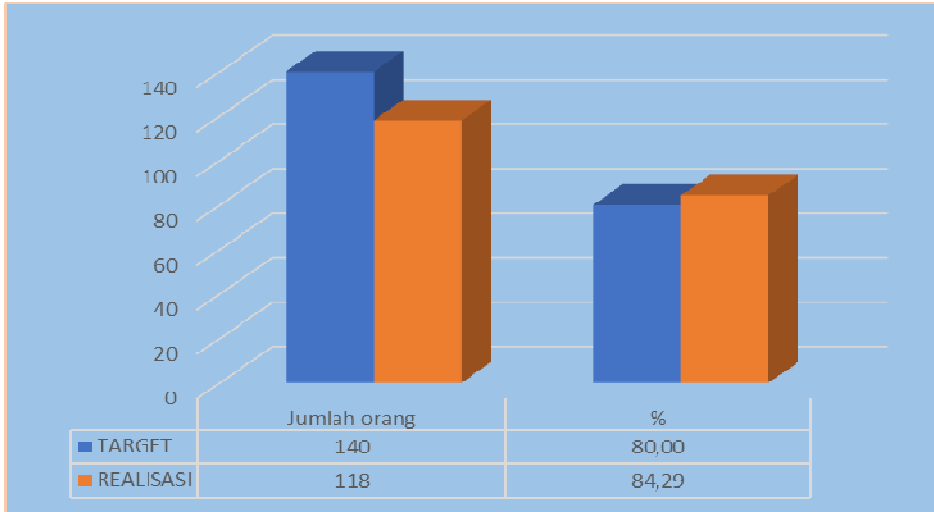
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
14	Terwujudnya Revitalisasi Sistem Pelayanan	Jumlah BTP (Break Through Project) yang diimplementasikan	3	kegiatan	3	<i>Break Through Project</i> (BTP) adalah program terobosan yang diinisiasi oleh pimpinan RS dengan melibatkan beberapa KSM dan stakeholder terkait untuk meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan. <i>Break Through Project</i> yang diimplementasikan pada tahun 2019 terealisasi 3 BTP dari 3 BTP yang ditargetkan yaitu : 1. Kajian Day Care menjadi instalasi 2. SK perubahan TT 3. MCU
15	Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu	100	%	100%	Tindak lanjut berupa implementasi dari rekomendasi hasil audit mutu yang dilaksanakan oleh komite mutu RS. Audit mutu dilaksanakan oleh komite mutu secara rutin atau tidak rutin berdasarkan insiden yang terjadi. Unit kerja meliputi semua unit pelayanan dan penunjang. Evaluasi dan audit pada tahun 2019 terhadap indikator mutu unit yang indikator mutunya di bawah standar dan telah ditindak lanjuti 100%.

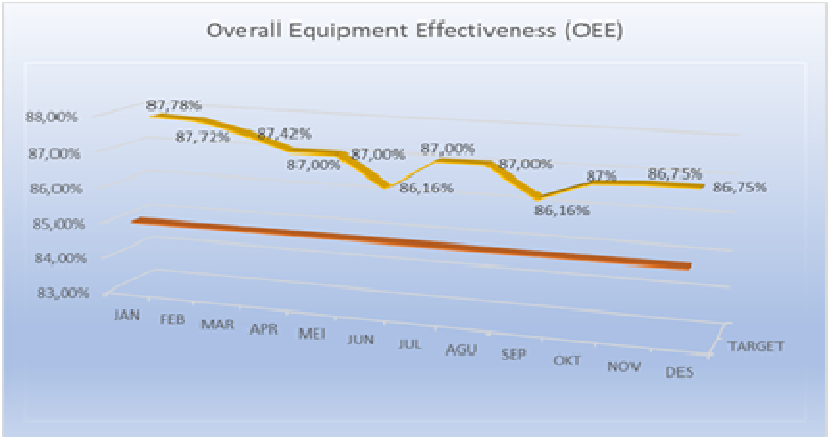
NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan										
			2019	Satuan												
1	2	3	4	5	6	7										
16	Terwujudnya budaya kinerja	Persentase KSM yang berkinerja baik	100	%	100%	KSM adalah Kelompok Staf Medis yang bertanggungjawab pada kualitas pelayanan medis di masing-masing unit kerja. Kinerja KSM diukur dari pencapaian semua indikator medik di KSM tersebut. Terdapat 23 indikator medik yang terbagi dalam 9 (sembilan) Kelompok Staf Medik (KSM). Tabel 3.10 Persentase KSM yang Berkinerja Baik Tahun 2019 <table><tr><th>Indikator Kinerja</th><th>Target 2019</th><th>Indikator Medik sesuai Standar</th><th>Jumlah Indikator Medik</th><th>Capaian</th></tr><tr><td>Persentase KSM yang berkinerja baik</td><td>100%</td><td>9</td><td>9</td><td>100%</td></tr></table> <i>Sumber : Direktorat medik dan Keperawatan, 2019</i> Berdasarkan Tabel 3.10 Pada tahun 2019 capaian KSM yang berkinerja baik sebesar 100% karena dari 9 KSM yang ada telah mencapai standar kinerja sesuai standar yang telah ditetapkan.	Indikator Kinerja	Target 2019	Indikator Medik sesuai Standar	Jumlah Indikator Medik	Capaian	Persentase KSM yang berkinerja baik	100%	9	9	100%
Indikator Kinerja	Target 2019	Indikator Medik sesuai Standar	Jumlah Indikator Medik	Capaian												
Persentase KSM yang berkinerja baik	100%	9	9	100%												

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																										
			2019	Satuan																												
1	2	3	4	5	6	7																										
17	Terwujudnya budaya kinerja	Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	90	%	85,5%	Persentase Kehadiran Pegawai yang Tepat Waktu adalah Tingkat kehadiran sesuai dengan finger print. Evaluasi tingkat kehadiran pegawai yang tepat waktu tahun 2019 : Grafik 3.2 Persentase Kehadiran Pegawai yang Tepat Waktu <table><caption>Data for Grafik 3.2: Persentase Kehadiran Pegawai yang Tepat Waktu</caption><thead><tr><th>Bulan</th><th>Persentase Kehadiran (%)</th></tr></thead><tbody><tr><td>JANUARI</td><td>86,27%</td></tr><tr><td>FEBRUARI</td><td>86,37%</td></tr><tr><td>MARET</td><td>85,25%</td></tr><tr><td>APRIL</td><td>85,25%</td></tr><tr><td>MEI</td><td>83,37%</td></tr><tr><td>JUNI</td><td>86,42%</td></tr><tr><td>JULI</td><td>85,15%</td></tr><tr><td>AGUSTUS</td><td>85,02%</td></tr><tr><td>SEPTEMBER</td><td>85,09%</td></tr><tr><td>OKTOBER</td><td>85,11%</td></tr><tr><td>NOVEMBER</td><td>85,04%</td></tr><tr><td>DESEMBER</td><td>85,50%</td></tr></tbody></table> Sumber : Bagian SDM, Tahun 2019 Berdasarkan Grafik 3.2 terlihat Persentase kehadiran pegawai tepat waktu tahun 2019 sebesar 85.5% belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 90 % hal ini karena masih kurangnya kesadaran pegawai dalam kepatuhan kehadiran yang tepat waktu.	Bulan	Persentase Kehadiran (%)	JANUARI	86,27%	FEBRUARI	86,37%	MARET	85,25%	APRIL	85,25%	MEI	83,37%	JUNI	86,42%	JULI	85,15%	AGUSTUS	85,02%	SEPTEMBER	85,09%	OKTOBER	85,11%	NOVEMBER	85,04%	DESEMBER	85,50%
Bulan	Persentase Kehadiran (%)																															
JANUARI	86,27%																															
FEBRUARI	86,37%																															
MARET	85,25%																															
APRIL	85,25%																															
MEI	83,37%																															
JUNI	86,42%																															
JULI	85,15%																															
AGUSTUS	85,02%																															
SEPTEMBER	85,09%																															
OKTOBER	85,11%																															
NOVEMBER	85,04%																															
DESEMBER	85,50%																															

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
18	Terwujudnya SDM yang kompeten	Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (fellowship)	95	%	100%	Dalam rangka meningkatkan kemampuan dan kompetensi SDM medik ditargetkan seluruh SDM medik mengikuti pendidikan lanjutan (fellowship). Pendidikan profesi lanjutan (fellowship) adalah pendidikan profesi yang diikuti oleh staf medik sesuai dengan sub spesialisasi keahlian masing-masing. SDM Medik adalah dokter yang memberikan pelayanan di tiap kelompok staf medik (KSM). Pencapaian SDM yang telah mengikuti pendidikan lanjutan adalah sebanyak 36 orang dari 36 orang atau sebesar 100%. Pada tahun 2019 SDM medik yang mengikuti pendidikan lanjutan adalah : 1. dr. Angga Fajriansyah, SpM mengikuti program Infeksi dan Immunologi 2. dr. Sesy Caesarya, SpM mengikuti program Pediatrik Ofthalmologi 3. dr. Rusti Handindya, SpM mengikuti program Neuro Ofthalmologi 4. dr. Grimaldi Ihsan, SpM mengikuti program Vitreo-retina 5. dr. M. Arief Mustaram, SpM mengikuti program Infeksi dan Immunologi
19	Terwujudnya SDM non medik yang kompeten	Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	95	%	95.24%	SDM non medik yang kompeten adalah SDM selain dokter dan perawat yang sudah mengikuti pendidikan sesuai dengan bidang keilmuannya. SDM non medik yang mengikuti pendidikan untuk meningkatkan kompetensinya sesuai standar yang ditetapkan, tahun 2019 mencapai 95.24%, telah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu 95% dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan										
			2019	Satuan												
1	2	3	4	5	6	7										
						Grafik 3.3 Persentase SDM Non Medik Sesuai Kompetensi Standar Tahun 2019 <table><tr><th></th><th>TRW I</th><th>TRW II</th><th>TRW III</th><th>TH 2019</th></tr><tr><td>Series1</td><td>11,72%</td><td>21,61%</td><td>53,11%</td><td>95,24%</td></tr></table> Sumber : Bagian Diklat, Tahun 2019 Berdasarkan Grafik 3.3 pencapaian persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi sesuai standar cenderung meningkat dari triwulan awal hingga akhir.		TRW I	TRW II	TRW III	TH 2019	Series1	11,72%	21,61%	53,11%	95,24%
	TRW I	TRW II	TRW III	TH 2019												
Series1	11,72%	21,61%	53,11%	95,24%												

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan									
			2019	Satuan											
1	2	3	4	5	6	7									
20	Terwujudnya SDM yang kompeten	Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	80	%	84.29%	Dalam rangka meningkatkan kemampuan dan kompetensi SDM perawat di bidang mata ditargetkan seluruh SDM perawat mengikuti pelatihan mahir mata. Pada tahun 2019 SDM perawat yang telah mengikuti pelatihan mahir mata adalah sebagai berikut : Grafik 3.4 Persentase SDM Perawat Mahir Mata Tahun 2019  <table><thead><tr><th></th><th>Jumlah orang</th><th>%</th></tr></thead><tbody><tr><td>TARGET</td><td>140</td><td>80,00</td></tr><tr><td>REALISASI</td><td>118</td><td>84,29</td></tr></tbody></table> Sumber : Direktorat medik dan Keperawatan, 2019 Berdasarkan Grafik 3.4 persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi sesuai standar sebesar 84.29% berasal dari sebanyak 118 orang perawat yang telah mengikuti pelatihan mahir mata dari 140 orang SDM perawat, telah mencapai target yang ditetapkan yaitu sebesar 80%. Pelatihan perawat mahir mata dilaksanakan sebanyak 120 jam pelajaran (JP). Kendala yang dihadapi adalah waktu pelatihan yang panjang yang		Jumlah orang	%	TARGET	140	80,00	REALISASI	118	84,29
	Jumlah orang	%													
TARGET	140	80,00													
REALISASI	118	84,29													

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan
			2019	Satuan		
1	2	3	4	5	6	7
						kadang berbenturan dengan tugas dinas perawat, namun dapat disesuaikan. Dan tujuan pelatihan ini sangat penting dalam meningkatkan kompetensi perawat sebagai perawat mahir mata yang diharapkan dapat berdampak pada peningkatan mutu pelayanan keperawatan pada pasien khususnya pelayanan keperawatan mata.
21	Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal	Persentase keandalan sarana medik (OEE- Overall Equipment Effectiveness)	80	%	86.75%	Persentase keandalan sarana prasarana medik (OEE) adalah efektivitas sarana medik secara keseluruhan. Evaluasi terhadap keandalan sarana medik (OEE) tahun 2019 sebesar 86.75% sudah melebihi target yang ditetapkan yaitu sebesar 80%. Grafik 3.5 Persentase Keandalan Sarana Medik (OEE) Tahun 2019  Sumber : Direktorat medik dan Keperawatan, 2019

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan						
			2019	Satuan								
1	2	3	4	5	6	7						
						Persentase nilai OEE PMN RS Mata Cicendo Bandung pada 2019 sebesar 86,75%, meningkat dibandingkan tahun 2018 sebesar 0.38% dari 86,37%. Peningkatan ini sebagian dipengaruhi oleh penyesuaian indikator penghitungan OEE yang disesuaikan dengan kondisi Rumah Sakit.						
22	Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal	Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	100	%	100%	Persentase ketersediaan sarana dan prasarana yang menunjang pelayanan sesuai program dalam master plan adalah Perbandingan jumlah kegiatan dalam program pemenuhan sarana prasarana dengan seluruh jumlah program dalam master plan. Tahun 2019 realisasi ketersediaan sarana prasarana adalah sebesar 100% telah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 100%. Adapun gambarannya sebagai berikut: Tabel 3.11 Persentase Ketersediaan Sarana Prasarana sesuai Program Tahun 2019 <table><tr><td>Jumlah kegiatan dalam program pemenuhan sarana prasarana</td><td>1900</td></tr><tr><td>Seluruh jumlah program dalam master plan</td><td>19</td></tr><tr><td>Persentase Ketersediaan Sarana Prasarana</td><td>100%</td></tr></table> <i>Sumber : Bagian Umum, 2019</i> Data diatas diambil dari hasil RUP periode 2019. Data diambil dari laporan akhir kegiatan pengembangan master plan 2016 – 2030.	Jumlah kegiatan dalam program pemenuhan sarana prasarana	1900	Seluruh jumlah program dalam master plan	19	Persentase Ketersediaan Sarana Prasarana	100%
Jumlah kegiatan dalam program pemenuhan sarana prasarana	1900											
Seluruh jumlah program dalam master plan	19											
Persentase Ketersediaan Sarana Prasarana	100%											

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																																																					
			2019	Satuan																																																																							
1	2	3	4	5	6	7																																																																					
23	Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT	Persentase maturitas IT	90	%	90%	Adalah sistem manajemen yang terintegrasi antara seluruh unit yang ada di RS Mata Cicendo hingga mencapai keamanan/kemandirian yang berbasis komputer dan perangkat IT lainnya. Tahap kemandirian IT khususnya penyempurnaan sistem supaya lebih terintegrasi dengan seluruh unit telah memperhatikan masterplan IT. Persentase maturitas IT tahun 2019 mencapai 18 modul dari 20 jumlah modul ideal atau mencapai sebesar 90%, telah mencapai target yang telah ditetapkan yaitu sebesar 90%. Adapun rinciannya adalah sebagai berikut: Tabel 3.12 Persentase Maturitas IT <table><tr><th colspan="3">Perhitungan Tingkat Maturitas IT</th></tr><tr><th colspan="3">MODUL UTAMA SIMRS</th></tr><tr><th>No</th><th>Modul</th><th>Desember 2019</th></tr><tr><td>1</td><td>Admin</td><td>√</td></tr><tr><td>2</td><td>Informasi</td><td>√</td></tr><tr><td>3</td><td>Antrian</td><td>√</td></tr><tr><td>4</td><td>Rawat Jalan & Penunjang</td><td>√</td></tr><tr><td>5</td><td>Rawat Inap & Penunjang</td><td>√</td></tr><tr><td>6</td><td>Rawat Darurat & Penunjang</td><td>√</td></tr><tr><td>7</td><td>Farmasi & Optik</td><td>√</td></tr><tr><td>8</td><td>Rekam Medik</td><td>√</td></tr><tr><td>9</td><td>Mobilisasi Dana</td><td>√</td></tr><tr><td>10</td><td>Jasa Pelayanan</td><td>√</td></tr><tr><td>11</td><td>GL/Akuntansi</td><td></td></tr><tr><td>12</td><td>Gizi</td><td>√</td></tr><tr><td>13</td><td>Inventory Non Medis</td><td>√</td></tr><tr><td>14</td><td>Perbendaharaan</td><td>√</td></tr><tr><td>15</td><td>Pendidikan & Penelitian</td><td>√</td></tr><tr><td>16</td><td>Kepegawaian</td><td>√</td></tr><tr><td>17</td><td>Manajemen Aset</td><td></td></tr><tr><td>18</td><td>Integrasi INA CBG's</td><td>√</td></tr><tr><td>19</td><td>Mutu</td><td>√</td></tr><tr><td>20</td><td>TU Persuratan</td><td>√</td></tr></table> <i>Sumber : Instalasi IT, 2019</i>	Perhitungan Tingkat Maturitas IT			MODUL UTAMA SIMRS			No	Modul	Desember 2019	1	Admin	√	2	Informasi	√	3	Antrian	√	4	Rawat Jalan & Penunjang	√	5	Rawat Inap & Penunjang	√	6	Rawat Darurat & Penunjang	√	7	Farmasi & Optik	√	8	Rekam Medik	√	9	Mobilisasi Dana	√	10	Jasa Pelayanan	√	11	GL/Akuntansi		12	Gizi	√	13	Inventory Non Medis	√	14	Perbendaharaan	√	15	Pendidikan & Penelitian	√	16	Kepegawaian	√	17	Manajemen Aset		18	Integrasi INA CBG's	√	19	Mutu	√	20	TU Persuratan	√
Perhitungan Tingkat Maturitas IT																																																																											
MODUL UTAMA SIMRS																																																																											
No	Modul	Desember 2019																																																																									
1	Admin	√																																																																									
2	Informasi	√																																																																									
3	Antrian	√																																																																									
4	Rawat Jalan & Penunjang	√																																																																									
5	Rawat Inap & Penunjang	√																																																																									
6	Rawat Darurat & Penunjang	√																																																																									
7	Farmasi & Optik	√																																																																									
8	Rekam Medik	√																																																																									
9	Mobilisasi Dana	√																																																																									
10	Jasa Pelayanan	√																																																																									
11	GL/Akuntansi																																																																										
12	Gizi	√																																																																									
13	Inventory Non Medis	√																																																																									
14	Perbendaharaan	√																																																																									
15	Pendidikan & Penelitian	√																																																																									
16	Kepegawaian	√																																																																									
17	Manajemen Aset																																																																										
18	Integrasi INA CBG's	√																																																																									
19	Mutu	√																																																																									
20	TU Persuratan	√																																																																									

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan																																																																																																																		
			2019	Satuan																																																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7																																																																																																																		
						Berdasarkan Tabel 3.12 terlihat terdapat 18 modul aplikasi yang dimiliki RS Mata Cicendo. Saat ini aplikasi masih terus disempurnakan dan dikembangkan. Ada beberapa tambahan aplikasi yang sifatnya berupa inovasi yaitu : Tabel 3.13 Aplikasi Inovasi Yang Dikembangkan Tahun 2019 <table><tr><th colspan="3">INOVASI</th></tr><tr><th>No</th><th>Modul</th><th>Implementasi</th></tr><tr><td colspan="3">TAHUN 2017</td></tr><tr><td>1</td><td>Pendaftaran Online Reguler Integrasi dengan SMS gateway</td><td>√</td></tr><tr><td>2</td><td>Penjadwalan Operasi</td><td>√</td></tr><tr><td>3</td><td>Pendaftaran Online Reservasi Paviliun</td><td>√</td></tr><tr><td>4</td><td>Dashboard Untuk Ruang Direksi</td><td>√</td></tr><tr><td>5</td><td>Sistem Informasi Monitoring Anggaran</td><td>√</td></tr><tr><td>6</td><td>Dashboard SAMSAT BPJS</td><td>√</td></tr><tr><td>7</td><td>Antrian Farmasi</td><td>√</td></tr><tr><td>8</td><td>SMS Gateway untuk Paviliun Sabtu & Minggu</td><td>√</td></tr><tr><td>9</td><td>Pembangunan webservice untuk BIOS Kemenkeu</td><td>√</td></tr><tr><td>10</td><td>Dashboard SDM</td><td>√</td></tr><tr><td>11</td><td>Perubahan alur SMS Gateway</td><td>√</td></tr><tr><td>12</td><td>Aplikasi Dokumen Akreditasi</td><td>√</td></tr><tr><td>13</td><td>Dashboard Mutu Pada Aplikasi E-Dokumen</td><td>√</td></tr><tr><td>14</td><td>Aplikasi PGP Nasional</td><td>√</td></tr><tr><td>15</td><td>Aplikasi E-Prescribing</td><td>√</td></tr><tr><td>16</td><td>SMS Gateway Kejadian Infeksi</td><td>√</td></tr><tr><td colspan="3">TAHUN 2018</td></tr><tr><th>No</th><th>Detail</th><th>Implementasi</th></tr><tr><td>1</td><td>SMS Gateway Obat</td><td>√</td></tr><tr><td>2</td><td>Pendaftaran Online Pasien Baru</td><td>√</td></tr><tr><td>3</td><td>SIDOKAR</td><td>√</td></tr><tr><td>4</td><td>Sistem Informasi Kepegawaian Dengan Early Warning System (SIGALING)</td><td>√</td></tr><tr><td>5</td><td>Sistem Informasi Insiden (SINDEN)</td><td>√</td></tr><tr><td colspan="3">TAHUN 2019</td></tr><tr><th>No</th><th>Detail</th><th>Implementasi</th></tr><tr><td>1</td><td>Penilaian Perilaku Kerja Rekan Sejawat (P2KRS)</td><td>√</td></tr><tr><td>2</td><td>Sistem Informasi Diklat (SIDIK)</td><td>√</td></tr><tr><td>3</td><td>Akselerasi Sistem Informasi Pengendalian Belanja Operasional (AKSI BEJO)</td><td>√</td></tr><tr><td>4</td><td>Sistem Informasi Dokumen Review dan Audit (SIDORA)</td><td>√</td></tr><tr><td colspan="3">PENAMBAHAN SISTEM BARU</td></tr><tr><th>No</th><th>Detail</th><th>Implementasi</th></tr><tr><td colspan="3">TAHUN 2017</td></tr><tr><td>1</td><td>Laboratory Information System (LIS)</td><td>√</td></tr><tr><td colspan="3">TAHUN 2018</td></tr><tr><td>1</td><td>Electronic Medical Record (EMR)</td><td>UAT</td></tr></table>	INOVASI			No	Modul	Implementasi	TAHUN 2017			1	Pendaftaran Online Reguler Integrasi dengan SMS gateway	√	2	Penjadwalan Operasi	√	3	Pendaftaran Online Reservasi Paviliun	√	4	Dashboard Untuk Ruang Direksi	√	5	Sistem Informasi Monitoring Anggaran	√	6	Dashboard SAMSAT BPJS	√	7	Antrian Farmasi	√	8	SMS Gateway untuk Paviliun Sabtu & Minggu	√	9	Pembangunan webservice untuk BIOS Kemenkeu	√	10	Dashboard SDM	√	11	Perubahan alur SMS Gateway	√	12	Aplikasi Dokumen Akreditasi	√	13	Dashboard Mutu Pada Aplikasi E-Dokumen	√	14	Aplikasi PGP Nasional	√	15	Aplikasi E-Prescribing	√	16	SMS Gateway Kejadian Infeksi	√	TAHUN 2018			No	Detail	Implementasi	1	SMS Gateway Obat	√	2	Pendaftaran Online Pasien Baru	√	3	SIDOKAR	√	4	Sistem Informasi Kepegawaian Dengan Early Warning System (SIGALING)	√	5	Sistem Informasi Insiden (SINDEN)	√	TAHUN 2019			No	Detail	Implementasi	1	Penilaian Perilaku Kerja Rekan Sejawat (P2KRS)	√	2	Sistem Informasi Diklat (SIDIK)	√	3	Akselerasi Sistem Informasi Pengendalian Belanja Operasional (AKSI BEJO)	√	4	Sistem Informasi Dokumen Review dan Audit (SIDORA)	√	PENAMBAHAN SISTEM BARU			No	Detail	Implementasi	TAHUN 2017			1	Laboratory Information System (LIS)	√	TAHUN 2018			1	Electronic Medical Record (EMR)	UAT
INOVASI																																																																																																																								
No	Modul	Implementasi																																																																																																																						
TAHUN 2017																																																																																																																								
1	Pendaftaran Online Reguler Integrasi dengan SMS gateway	√																																																																																																																						
2	Penjadwalan Operasi	√																																																																																																																						
3	Pendaftaran Online Reservasi Paviliun	√																																																																																																																						
4	Dashboard Untuk Ruang Direksi	√																																																																																																																						
5	Sistem Informasi Monitoring Anggaran	√																																																																																																																						
6	Dashboard SAMSAT BPJS	√																																																																																																																						
7	Antrian Farmasi	√																																																																																																																						
8	SMS Gateway untuk Paviliun Sabtu & Minggu	√																																																																																																																						
9	Pembangunan webservice untuk BIOS Kemenkeu	√																																																																																																																						
10	Dashboard SDM	√																																																																																																																						
11	Perubahan alur SMS Gateway	√																																																																																																																						
12	Aplikasi Dokumen Akreditasi	√																																																																																																																						
13	Dashboard Mutu Pada Aplikasi E-Dokumen	√																																																																																																																						
14	Aplikasi PGP Nasional	√																																																																																																																						
15	Aplikasi E-Prescribing	√																																																																																																																						
16	SMS Gateway Kejadian Infeksi	√																																																																																																																						
TAHUN 2018																																																																																																																								
No	Detail	Implementasi																																																																																																																						
1	SMS Gateway Obat	√																																																																																																																						
2	Pendaftaran Online Pasien Baru	√																																																																																																																						
3	SIDOKAR	√																																																																																																																						
4	Sistem Informasi Kepegawaian Dengan Early Warning System (SIGALING)	√																																																																																																																						
5	Sistem Informasi Insiden (SINDEN)	√																																																																																																																						
TAHUN 2019																																																																																																																								
No	Detail	Implementasi																																																																																																																						
1	Penilaian Perilaku Kerja Rekan Sejawat (P2KRS)	√																																																																																																																						
2	Sistem Informasi Diklat (SIDIK)	√																																																																																																																						
3	Akselerasi Sistem Informasi Pengendalian Belanja Operasional (AKSI BEJO)	√																																																																																																																						
4	Sistem Informasi Dokumen Review dan Audit (SIDORA)	√																																																																																																																						
PENAMBAHAN SISTEM BARU																																																																																																																								
No	Detail	Implementasi																																																																																																																						
TAHUN 2017																																																																																																																								
1	Laboratory Information System (LIS)	√																																																																																																																						
TAHUN 2018																																																																																																																								
1	Electronic Medical Record (EMR)	UAT																																																																																																																						

Sumber : Instalasi IT, 2019

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan										
			2019	Satuan												
1	2	3	4	5	6	7										
24	Terwujudnya peningkatan revenue dan efisiensi	Persentase Peningkatan Revenue	10	%	2.87%	Pendapatan rumah sakit adalah suatu aliran kas masuk atau kenaikan aktiva yang berasal dari penjualan jasa, sewa, hibah tidak terikat dan penerimaan lainnya yang merupakan aktivitas RS Mata Cicendo. Pendapatan (<i>revenue</i>) PMN RS Mata Cicendo tahun 2019 mengalami peningkatan sebesar 2.87% dibandingkan dengan pendapatan tahun 2018 namun belum mencapai target yang ditetapkan yaitu sebesar 10%. Peningkatan revenue dapat terlihat pada tabel dibawah ini : Tabel 3.14 Peningkatan Revenue Tahun 2019 <table><tr><th>Indikator Kinerja</th><th>Target 2019</th><th>Jumlah Pendapatan 2018</th><th>Jumlah Pendapatan 2019</th><th>%</th></tr><tr><td>Peningkatan Revenue</td><td>10%</td><td>182.443.435.865</td><td>182.955.273.183</td><td>2.87%</td></tr></table> <i>Sumber : Direktorat Keuangan, 2019</i>	Indikator Kinerja	Target 2019	Jumlah Pendapatan 2018	Jumlah Pendapatan 2019	%	Peningkatan Revenue	10%	182.443.435.865	182.955.273.183	2.87%
Indikator Kinerja	Target 2019	Jumlah Pendapatan 2018	Jumlah Pendapatan 2019	%												
Peningkatan Revenue	10%	182.443.435.865	182.955.273.183	2.87%												
25	Terwujudnya peningkatan revenue dan efisiensi	Cost Recovery	85	%	93.86%	<i>Cost recovery</i> merupakan nilai yang menunjukkan seberapa besar kemampuan rumah sakit menutupi biaya operasional dengan penghasilan operasional yang diperolehnya. Hasil perhitungan <i>cost recovery</i> tahun 2019 sebesar 93.86% sudah memenuhi target yang ditetapkan yaitu sebesar 85%.										

NO	Sasaran Utama	KPI	Target		Realisasi	Keterangan										
			2019	Satuan												
1	2	3	4	5	6	7										
						Tabel 3.15 Cost Recovery Tahun 2019 <table><tr><th>Indikator Kinerja</th><th>Target 2018</th><th>Pendapatan Operasional 2019</th><th>Biaya Operasional 2019</th><th>%</th></tr><tr><td>Cost Recovery</td><td>85%</td><td>187.684.828.713</td><td>199.953.625.938</td><td>93.86%</td></tr></table> Sumber : Direktorat Keuangan, 2019	Indikator Kinerja	Target 2018	Pendapatan Operasional 2019	Biaya Operasional 2019	%	Cost Recovery	85%	187.684.828.713	199.953.625.938	93.86%
Indikator Kinerja	Target 2018	Pendapatan Operasional 2019	Biaya Operasional 2019	%												
Cost Recovery	85%	187.684.828.713	199.953.625.938	93.86%												

Tabel 3.16
Realisasi Indikator Kinerja Pertriwulan Tahun 2019

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2019	TW I Tahun 2019	Semester I Tahun 2019	TRW III Tahun 2019	Tahun 2019
1	Terciptanya kepuasan <i>stakeholder</i>	1	Persentase kepuasan pasien	80%	79,42%	79,59%	80,49%	79,37%
		2	Tingkat kesehatan RS BLU	85	75,64	78,65	85,70	85,24
		3	Persentase kepuasan pegawai	85%	83,60%	83,60%	85,50%	85,50%
		4	Persentase kepuasan peserta didik	91%	91%	91,00%	91%	91%
		5	Persentase complain yang ditindaklanjuti	100%	100%	100%	100%	100%
2	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6	Persentase capaian indikator medik sesuai standar	90%	100%	100%	96%	100%
		7	Persentase PPDS lulus tepat waktu	85%	60,00%	60%	60%	60%
		8	Akreditasi Internasional	Akreditasi Internasional	Belum Terlaksana	Belum Terlaksana	Belum Terlaksana	Terlaksana
		9	Jumlah publikasi nasional dan internasional	10	2	6	6	11
3	Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	10	Jumlah RS jejaring yang diampu	2	2	2	2	2
4	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	11	Jumlah SDM yang magang di RS <i>Benchmark</i> (≥ 1 minggu)	3	0	1	1	1
		12	Jumlah program pengampunan dari RS <i>Benchmark</i> yang dapat dilaksanakan	1	2	2	2	2
5	Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	13	Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu	1	1	1	1	1

6	Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	14	Jumlah BTP (<i>Break Through Project</i>) yang diimplementasikan	3	3	3	3	3
		15	Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu	100%	100,00%	100%	100%	100%
7	Terwujudnya budaya kinerja	16	Prosentase KSM yang berkinerja baik	100%	100%	100%	88,89%	100%
		17	Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	90%	85,25%	86,42%	85,09%	86%
8	Terwujudnya SDM yang kompeten	18	Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (<i>fellowship</i>)	95%	100%	100%	100%	100%
		19	Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	95%	11,72%	21,61%	53,11%	95,24%
9	Terwujudnya SDM yang kompeten	20	Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	80%	73,76%	73,76%	73,76%	84,29%
10	Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal	21	Persentase keandalan sarana medic (OEE – <i>overall equipment effectiveness</i>)	80%	87,42%	87,10%	86,16%	86,75%
		22	Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	100%	100,00%	100%	100%	100,00%
11	Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT	23	Persentase maturitas IT	90%	90%	90%	90%	90,00%
12	Terwujudnya peningkatan <i>revenue</i> dan efisiensi	24	Persentase Peningkatan <i>Revenue</i>	10%	-11,77%	6,86%	8,44%	2,87%
		25	<i>Cost Recovery</i>	85%	72,53%	75,82%	92,38%	93,86%

Sumber : Bagian Perencanaan dan Anggaran, Tahun 2019

Berdasarkan Tabel 3.17 terlihat dari 25 indikator kinerja yang ditetapkan tahun 2019 terdapat 5 indikator kinerja yang belum mencapai target yang ditetapkan sehingga capaian indikator kinerja tahun 2019 sebesar 80 %.

2 Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2015 – 2019

Tabel 3.17
Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2015 - 2019

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2015	Realisasi Tahun 2015	Target 2016	Realisasi Tahun 2016	Target 2017	Realisasi Tahun 2017	Target 2018	Realisasi Tahun 2018	Target Tahun 2019	Realisasi TH. 2019
1	Terciptanya kepuasan stakeholder	1 Persentase kepuasan pasien	78%	78,36%	80%	78,35%	82%	78,52%	80%	79,23%	80%	79,37%
		2 Tingkat kesehatan RS BLU	83	85,88	85	82,23	87	83,73	84	85,34	85	85,24
		3 Persentase kepuasan pegawai	65,00%	73,70%	80%	91,30%	75%	93,50%	80%	83,6%	85%	85,50%
		4 Persentase kepuasan peserta didik	65,00%	91,00%	80%	90,60%	75%	91,00%	90%	91,04%	91%	91%
		5 Presentase complain yang ditindaklanjuti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6 Persentase capaian indikator medik sesuai standar	83,00%	84,62%	83%	95,83%	86%	100%	87%	91,30%	90%	100%
		7 Persentase PPDS lulus tepat waktu	10	9	9 semester	9 semester	9 Semester	9 semester	80%	100%	85%	60%
		8 Akreditasi Internasional	Persiapan JCI	Persiapan JCI	Verifikasi KARS tahun ke-2	Verifikasi KARS tahun ke-2	MOCK Survey	Proses Inisial Assesment	MOCK Survey	Belum Terlaksana	JCI	Terlaksana
		9 Jumlah publikasi nasional dan internasional	3	5	3	6	3	5	10	10	10	11
3	Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	10 Jumlah RS jejaring yang diampu	2	2	2	2	2	4	2	3	2	2
4	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	11 Jumlah SDM yang magang di RS Benchmark (>=1 minggu)	3	7	3	3	3	3	3	3	3	1
		12 Jumlah program pengampunan dari RS Benchmark yang dapat dilaksanakan	0	0	1	2	1	1	1	1	1	2
5	Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	13 Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1

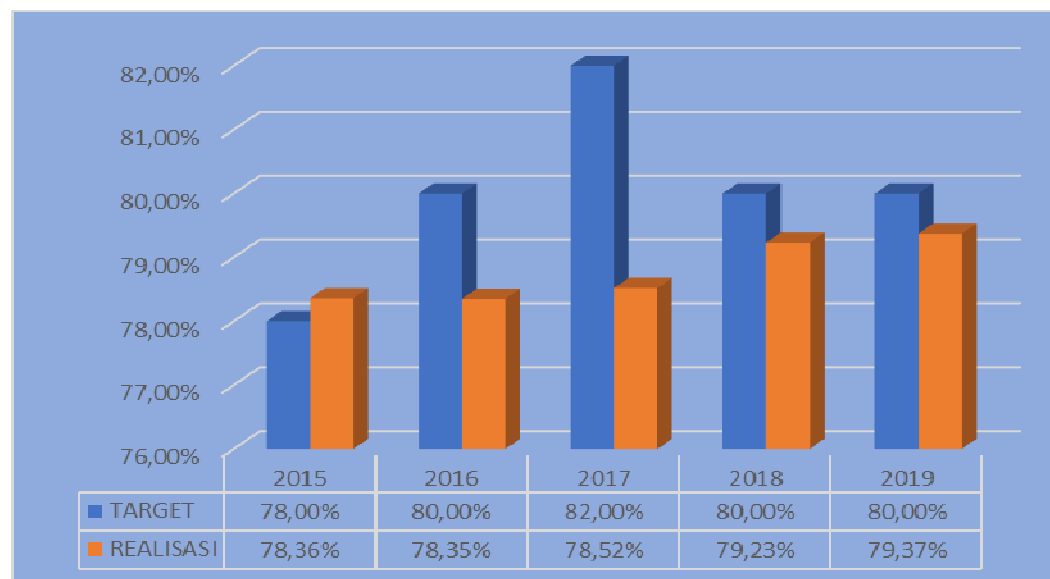
No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2015	Realisasi Tahun 2015	Target 2016	Realisasi Tahun 2016	Target 2017	Realisasi Tahun 2017	Target 2018	Realisasi Tahun 2018	Target Tahun 2019	Realisasi TH. 2019
6	Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	14 Jumlah BTP (<i>Break Through Project</i>) yang diimplementasikan	1	1	1	3	1	1	3	3	3	3
		15 Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Terwujudnya budaya kinerja	16 Persentase KSM yang berkinerja baik	85%	88,89%	90%	90%	95%	100%	98%	78%	100%	100%
		17 Presentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	65%	69,59%	75%	76,09%	85%	80,71%	85%	88,13%	90%	85,50%
8	Terwujudnya SDM yang kompeten	18 Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (<i>fellowship</i>)	80%	91,66%	90%	94%	100%	100%	95%	94,74%	95%	100%
		19 Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	87%	56%	90%	98,60%	95%	98,61%	95%	98,12%	95%	95,24%
9	Terwujudnya SDM yang kompeten	20 Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	33%	34,33%	40%	44,89%	55%	60,96%	70%	73,76%	80%	84,29%
10	Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal	21 Persentase keandalan sarana medic (OEE – <i>overall equipment effectiveness</i>)	20%	68,43%	75%	70,69%	78%	85,75%	79%	86,37%	80%	86,75%
		22 Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	100%	90%	90%	99,79%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100%
11	Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT	23 Persentase maturitas IT	70%	83,33%	80%	90%	80%	90%	90%	90%	90%	90%
12	Terwujudnya peningkatan revenue dan efisiensi	24 Persentase Peningkatan <i>Revenue</i>	10%	19,35%	10%	7,38%	10%	7,18%	10%	12,71%	10%	2,87%
		25 <i>Cost Recovery</i>	80%	99,97%	84%	90,54%	86%	86%	85%	95,64%	85%	93,86%

Sumber : Bagian Perencanaan dan Anggaran, Tahun 2019

Evaluasi Indikator Kinerja :

1) Persentase Kepuasan Pasien

Grafik 3.6
Persentase Kepuasan Pasien
Tahun 2015 – 2019



Sumber : Instalasi Pemasaran, Promkes, dan humas, Tahun 2015 – Tahun 2019

Berdasarkan Grafik 3.6 terlihat persentase kepuasan pasien dari tahun 2015 – 2019 tidak mencapai target, walaupun terjadi peningkatan kepuasan dari tahun 2018 yang sebesar 78.23% menjadi 79.37% pada tahun 2019. Tingkat kepuasan pasien merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan revenue karena dengan tingginya tingkat kepuasan pasien maka akan terpublikasi keunggulan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Mata Cicendo kepada masyarakat luas sehingga diharapkan jumlah pasien akan bertambah. Kecepatan pelayanan, kepastian jadwal pelayanan, prosedur pelayanan dan kepastian biaya pelayanan merupakan penilaian pasien terendah atas kepuasan pelayanan. Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah pelanggan eksternal (pasien) terkadang sulit untuk diminta mengisi kuesioner karena pasien menderita sakit

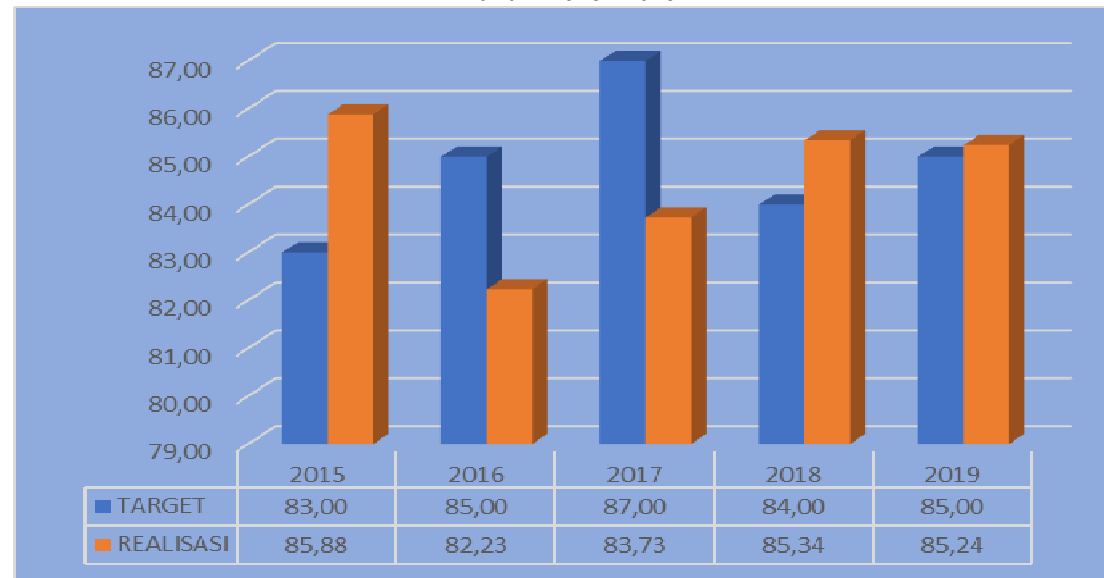
mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sehingga perlu cara lain untuk pengisian kuesioner seperti dengan melakukan wawancara.

Untuk meningkatkan tingkat kepuasan pasien upaya yang telah dilakukan yaitu saran dan kritik dalam lembar kuesioner baik mengenai sumber daya manusia, pelayanan dan fasilitas ditindaklanjuti untuk perbaikan dan kemajuan mutu rumah sakit, peningkatan kualitas pelayanan diprioritaskan pada unsur yang mempunyai nilai paling rendah, sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap dipertahankan, melakukan koordinasi semua unit terkait dalam memperbaiki mutu layanan.

Diperlukan upaya-upaya, antara lain, mengadakan sms pengingat pasien kontrol, pemenuhan sarana prasarana dengan melakukan skala prioritas. pemenuhan sarana prasarana untuk pemenuhan akreditasi diklat.

2) Tingkat Kesehatan Rumah Sakit

Grafik 3.7
Tingkat Kesehatan Rumah Sakit PMN RS Mata Cicendo
Tahun 2015 - 2019



Sumber : Perencanaan & Anggaran, Tahun 2015 – 2019

Berdasarkan Grafik 3.7 terlihat tingkat kesehatan rumah sakit pada tahun 2016 dan 2017 belum mencapai target yang ditetapkan, terjadi kecenderungan penurunan tingkat kesehatan rumah sakit pada tahun 2016 dan 2017 dibandingkan tahun 2015. Pada tahun 2018 terjadi kecenderungan kenaikan tingkat kesehatan rumah sakit dibandingkan tahun 2017 dan termasuk kelompok Rumah Sakit SEHAT “AA”. Dan pada tahun 2019 mengalami penurunan tingkat kesehatan rumah sakit jika dibandingkan dengan tahun 2018 namun telah melampaui target dan masih termasuk kelompok Rumah Sakit SEHAT “AA”.

Tabel 3.18
Indikator Kinerja BLU Tahun 2015 -2019

NO	INDIKATOR	BOBOT	TAHUN									
			2015		2016		2017		2018		2019	
			Target	Nilai Skor	Target	Nilai Skor	Target	Nilai Skor	Target	Nilai Skor	Target	Nilai Skor
1	Penilaian Indikator/ Aspek Keuangan	30	83	24,75	85	22,35	87	25,10	84	26,20	85	23,35
2	Penilaian Indikator/ Sub Aspek Pelayanan	35		29,25		27,50		26,25		26,25		29,50
3	Penilaian Indikator/ Sub Aspek Mutu dan Manfaat kepada Masyarakat	35		31,88		32,38		32,38		32,89		32,39
	Total	100		85,88		82,23		83,73		85,34		85,24
TINGKAT KESEHATAN RS				"AA"		"AA"		"AA"		"AA"		"AA"

Sumber : Bagian Perencanaan dan Anggaran, 2015 – 2019

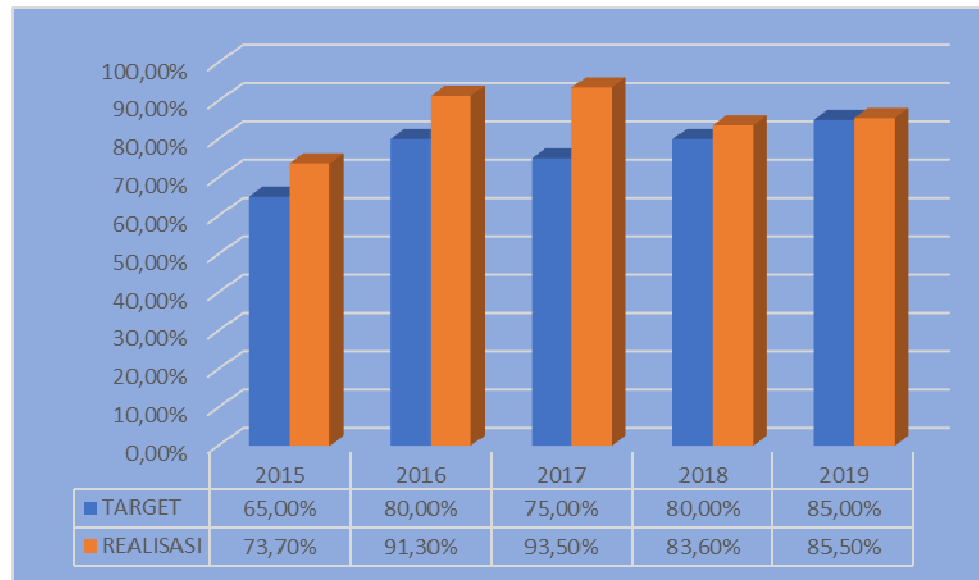
Berdasarkan Tabel 3.18 terlihat capaian indikator BLU dari tahun 2015 sampai tahun 2017 terjadi kecenderungan penurunan nilai indikator dari sebesar 85.88 pada tahun 2015 menjadi 82.23 tahun 2016 dan sedikit peningkatan pada tahun 2017 menjadi sebesar 83,73. Pada tahun 2018 terjadi kecenderungan peningkatan capaian indikator BLU dibandingkan tahun 2017 dari 83.73 menjadi 85.34. Sementara pada tahun 2019 terjadi sedikit penurunan capaian indikator BLU dibandingkan tahun 2018 menjadi 85.24.

Bila dilihat dari Kategori Indikator terlihat penilaian indikator keuangan mengalami kecenderungan peningkatan nilai indikator dari 24.75 pada tahun 2015 menjadi 25.1 pada tahun 2017 dan meningkat kembali pada tahun 2018 menjadi 26.2, akan tetapi terjadi penurunan pada tahun 2019 menjadi 23.35. Untuk penilaian indikator operasional pelayanan mengalami kecenderungan penurunan nilai dari 29.25 pada tahun 2015 menjadi 26.25 pada tahun 2017 dan tahun 2018 tetap pada nilai 26.25, dan terjadi kenaikan pada tahun 2019 menjadi 29.50. Untuk penilaian indikator mutu, manfaat bagi

masyarakat mengalami kecenderungan peningkatan dari 31.88 pada tahun 2015 menjadi 32.38 tahun 2017 dan terjadi kecenderungan peningkatan tahun 2018 menjadi 32.89 akan tetapi terjadi penurunan pada tahun 2019 menjadi 32.39 dengan total nilai sebesar 85.24 di tahun 2019 maka kategori tingkat kesehatan RS menjadi “AA” , sama dengan capaian di tahun 2015-2018 yang mendapatkan kategori “AA”.

3) Persentase Kepuasan Pegawai

Grafik 3.8
Persentase Kepuasan Pegawai
Tahun 2015 – 2019



Sumber : Bagian SDM, Tahun 2019

Berdasarkan Grafik 3.8 terlihat persentase kepuasan pegawai mengalami kecenderungan peningkatan yang fluktuatif dari tahun 2015 sebesar 73.70% menjadi 91.30% pada tahun 2016 dan sebesar 93.50% pada tahun 2017 tetapi mengalami penurunan kembali pada tahun 2018 menjadi 83,6% dan terjadi peningkatan pada tahun 2019 menjadi 85.50%.

Pengukuran persentase tingkat kepuasan pegawai dilakukan dengan cara survey kepada seluruh karyawan RS Mata Cicendo Bandung. Periode survey dilakukan 6 bulan sekali oleh 2 pihak yaitu pihak internal (bagian SDM) dengan menghasilkan angka persentase kepuasan pegawai sebesar 95,20%, dan pihak eksternal yang dilakukan oleh pihak ketiga yaitu oleh Kujang Pradipta dengan hasil total persentase kepuasan pegawai sebesar 72%. Pada semester pertama, survey dilakukan oleh pihak internal RS Mata Cicendo Bandung, kriteria penilaian internal yang dilakukan oleh bagian SDM terbagi menjadi 3 kriteria yaitu kepuasan kerja, komitmen organisasi dan perilaku kerja.

Dari hasil pengolahan data penilaian tingkat kepuasan pegawai internal, kriteria perilaku sosial & organisasi merupakan kriteria tertinggi yaitu sebesar 98,40% hal ini dapat diartikan bahwa 98,40% pegawai Rumah Sakit Mata Cicendo telah memiliki kepuasan dan kesadaran yang tinggi akan tata nilai dan budaya di dalam mengembangkan Rumah Sakit Mata Cicendo serta berperilaku sesuai dengan aturan dan nilai yang berlaku di PMN RS Mata Cicendo Bandung. Kriteria penilaian terendah adalah kepuasan kerja sebesar 89,30% hal ini dapat diartikan sebanyak 89,30% pegawai menilai penempatan pegawai sudah sesuai dengan kompetensi, latar belakang pendidikan dan keterampilannya, pegawai dilibatkan secara aktif dalam program kegiatan RS Mata Cicendo, pegawai merasa senang, bersemangat bekerja karena dukungan dan rasa persaudaraan di RS Mata Cicendo.

Pada semester II untuk melihat objektivitas dari survey internal tersebut, bagian SDM PMN RS Mata Cicendo Bandung mencoba melakukan survey dengan metode yang berbeda dan melibatkan lembaga psikologi pengembangan SDM, kriteria penilaian dalam survey ini dibagi menjadi 5 (lima) kriteria, yaitu kepuasan terhadap pekerjaan, kepuasan terhadap imbalan, kepuasan terhadap supervisi atasan, kepuasan terhadap rekan kerja dan kesempatan promosi. Berdasarkan hasil pengolahan data kuesioner, capaian indikator tingkat kepuasan pegawai RS Mata Cicendo pada tahun 2018 dapat disimpulkan yaitu tingkat Kepuasan Kerja para karyawan terhadap Pekerjaan yaitu berada pada Tingkat Puas dengan persentase 74%, Kepuasan terhadap Imbalan yaitu 58% yang menunjukkan tingkat Kurang Puas, Kepuasan terhadap Supervisi Atasan dengan persentase 70% yang berada pada Tingkat Puas, Kepuasan terhadap Rekan Kerja berada pada Tingkat Sangat Puas dengan persentase tertinggi sebesar 80%, dan Kepuasan terhadap Kesempatan Promosi yaitu 64% yang tergolong pada Tingkat Puas

Dengan demikian, maka dapat dilihat bahwa aspek yang dipersepsi paling mempengaruhi tingkat kepuasan para karyawan adalah aspek Kepuasan terhadap dengan Rekan Kerja dan aspek yang dinilai paling rendah mempengaruhi tingkat kepuasan para karyawan yaitu aspek imbalan. Hal ini menggambarkan adanya interrelasi antar karyawan yang tergolong cukup baik dan pola komunikasi yang dapat diterima oleh karyawan lainnya. Faktor yang paling mempengaruhi tingkat kepuasan karyawan dalam aspek ini adalah sikap kerjasama diantara karyawan yang dirasa solid yaitu bersedia saling membantu, saling mengingatkan, saling menghormati yang mendukung terciptanya situasi dan kondisi yang nyaman dalam bekerja.

Namun dari besaran persentase yang ada, aspek ini menunjukkan persentase 80%, yakni masih belum mencapai tingkat kepuasan sangat puas (di antara 81-100%). Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa masih terdapat kendala atau hambatan dalam proses kerja serta komunikasi diantara para karyawan yang dipersepsi belum sepenuhnya efektif.

Untuk aspek kepuasan terhadap pekerjaan, pada umumnya sebagian besar karyawan sudah merasakan penempatan saat ini sudah sesuai dengan latar belakang pendidikan, minat, kemampuan dan kompetensi yang dimiliki dalam melakukan pekerjaannya. Kecintaan terhadap dan komitmen terhadap pelayanan kepada masyarakat membuat para karyawan merasa cukup nyaman untuk melakukan tugas-tugas yang diberikan. Meski masih terdapat sebagian karyawan juga yang merasa ingin ditempatkan pada bidang kerja yang lebih disukai.

Pada aspek kepuasan terhadap supervisi atasan, karyawan mempersepsikan peran supervisi atasan dalam hal memberikan masukan dan arahan serta memberikan kesempatan kepada karyawan untuk mengembangkan diri.

Pada aspek kepuasan terhadap kesempatan promosi, karyawan mengharapkan adanya sistem promosi yang objektif berdasarkan kinerja yang ditunjukkan oleh karyawan

Untuk aspek-aspek lainnya, yaitu Kepuasan terhadap Pekerjaan, Kepuasan terhadap Supervisi Atasan dan Kesempatan Promosi, berada pada rentang persentase yaitu diantara 64%-74%, atau pada Tingkat Puas. Secara umum, para karyawan menilai pada aspek-aspek tersebut masih tergolong cukup efektif, meski juga masih terdapat berbagai permasalahan dan hambatan untuk dapat menunjukkan performa sesuai harapan organisasi.

Berdasarkan kedua penilaian baik intern maupun ekstern, maka jika dilakukan rata-rata angka persentase kepuasan pegawai adalah menjadi sebesar 85,50%, dengan demikian realisasi tahun 2019 telah mencapai targetnya yang sebesar 85%

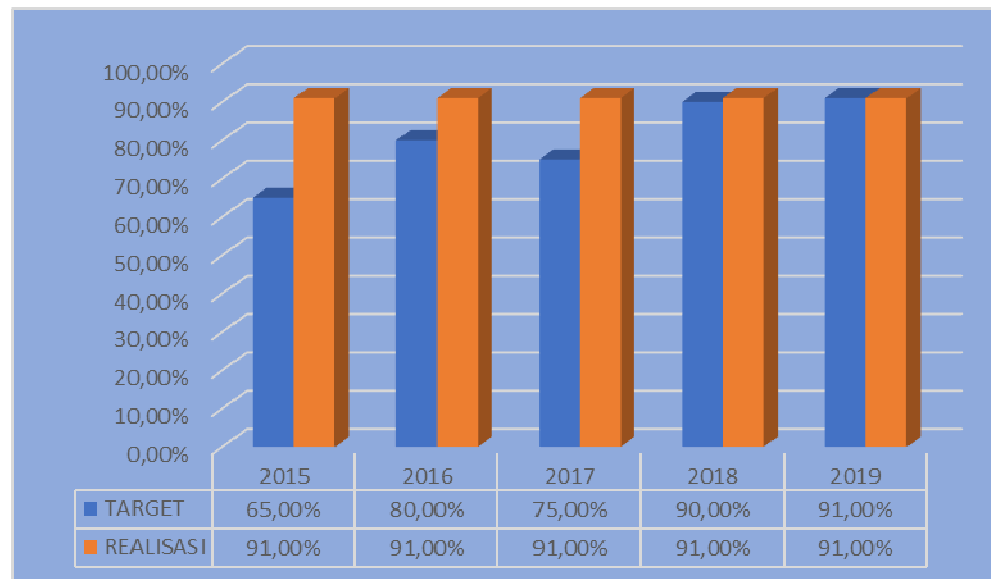
Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan dalam upaya meningkatkan angka persentase kepuasan pegawai adalah :

- a. Membangun jalur komunikasi secara efektif dengan semua level karyawan.
- b. Melibatkan peran *agent of change* untuk menjadi pihak yang dapat memberikan motivasi kepada seluruh karyawan.
- c. Memonitoring secara terus menerus penilaian kinerja.
- d. Meningkatkan monitoring cuti dan istirahat bagi seluruh karyawan
- e. Analisa beban kerja. Analisa beban kerja diperlukan untuk melihat GAP jumlah tuntutan kerja dengan jumlah SDM
- f. Meningkatkan evaluasi perencanaan dan pengembangan jenjang karir pegawai sebagai dasar pengusulan promosi pegawai.

- g. Melakukan sosialisasi kepada pegawai untuk meningkatkan kesadaran manfaat pengisian kuesioner bagi pribadi dan organisasi

4) Persentase Kepuasan Peserta Didik

Grafik 3.9
Persentase Kepuasan Peserta Didik
Tahun 2015 – 2019



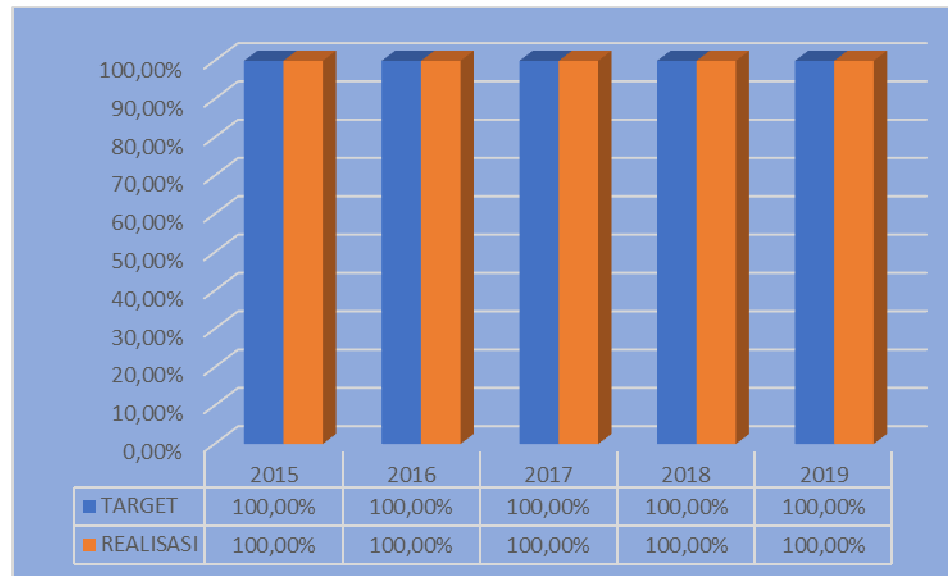
Sumber : Bagian Diklat dan Pendidikan, Tahun 2015 - 2019

Berdasarkan Grafik 3.9 terlihat persentase kepuasan peserta didik telah mencapai target yang ditetapkan dan hasil penilaian relative tetap dari tahun 2015 sampai tahun 2019 sebesar 91%. Penilaian dilakukan setiap semester. Rencana Tindak Lanjut perlu dilakukan evaluasi, memperbaiki metode, isi kuisisioner serta menetapkan sebagai format baru evaluasi kepuasan peserta didik.

5) Persentase Komplain Yang Ditindaklanjuti

Grafik 3.10

Persentase Komplain yang Ditindaklanjuti
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 –2019

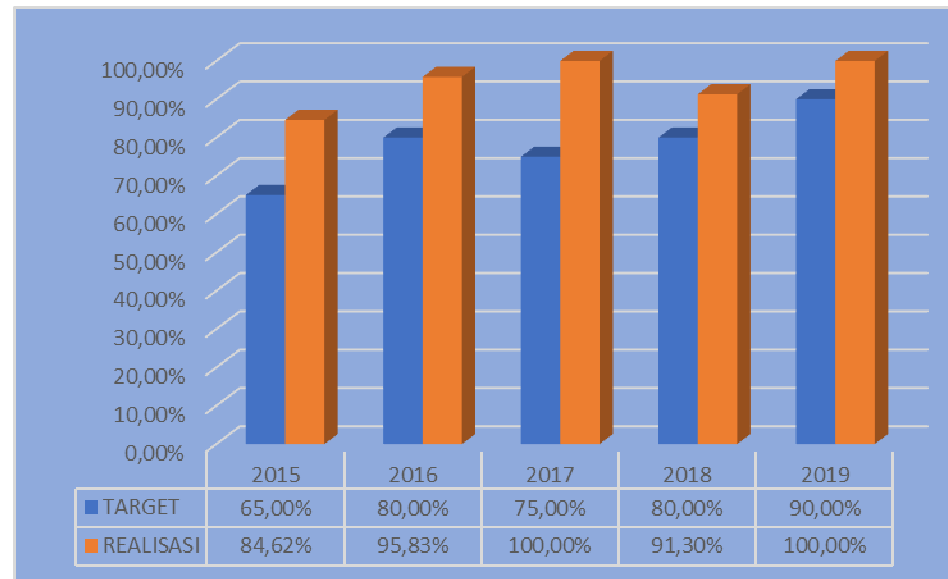


Sumber : Instalasi Pemasaran, Promkes, dan humas, Tahun 2015 –2019

Berdasarkan Grafik 3.10 terlihat persentase komplain yang ditindaklanjuti selama 5 tahun telah mencapai target yang ditetapkan yaitu 100% artinya semua komplain yang disampaikan baik dari pasien, pegawai dan peserta didik dapat ditindaklanjuti.

6) Persentase Capaian Indikator Medik Sesuai Standar

Grafik 3.11
Persentase Capaian Indikator Medik Sesuai Standar
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Direktorat Medik dan Keperawatan, 2015 - 2019

Berdasarkan Grafik 3.11 terlihat capaian indikator medik sesuai standar dari tahun 2015 sampai tahun 2019 telah melampaui target yang telah ditetapkan, terjadi kecenderungan peningkatan capaian indikator medik dari 84,62% pada tahun 2015 menjadi 95,83% pada tahun 2016 dan 100 % pada tahun 2017, terjadi kecenderungan penurunan menjadi 91.30% pada tahun 2018 dan meningkat kembali pada tahun 2019 menjadi 100%. Hal ini menunjukkan semakin meningkatnya capaian mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.

7) Persentase PPDS Lulus Tepat Waktu

Berdasarkan tugas pokok, fungsi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo disamping melaksanakan pelayanan kesehatan mata, juga melaksanakan pendidikan mahasiswa kedokteran maupun pendidikan dokter spesialis mata, bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung, sesuai dengan Surat Perjanjian Kerjasama (MoU) yang ditandatangani Direktur Utama PMN RS Mata Cicendo Bandung dengan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Pajajaran Bandung. Persentase kelulusan dokter spesialis mata sebagai bukti kinerja yang semakin baik dari Bagian PPDS mata, seperti terlihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3.19
Persentase PPDS Lulus Tepat Waktu
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

RATA-RATA LAMA KULIAH PPDS	TAHUN				PERSENTASE PPDS
	2015	2016	2017	2018	LULUS TEPAT WAKTU
					2019
Target	10 semester	9 semester	9 semester	9 semester	85%
Realisasi	9 semester	9 semester	9 semester	9 semester	60%

Sumber : Bagian Diklat dan Pendidikan Tahun 2015 – 2019

Berdasarkan Tabel 3.19 terlihat rata-rata lama kuliah PPDS dari tahun 2015 sampai tahun 2018 selama 9 semester sesuai dengan target yang telah ditentukan.

Hasil pertemuan review RSB tahun 2017 terjadi perubahan indikator yang semula rata-rata lama kuliah PPDS menjadi persentase PPDS lulus tepat waktu sehingga pada tahun 2018 indikator dirubah sesuai hasil pertemuan tersebut. Dari tabel di atas terlihat pada tahun 2018 persentase PPDS lulus tepat waktu belum tercapai yaitu sebesar 60% dari target 85%. Indikator ini merupakan indikator yang berkaitan dengan FK Unpad dan untuk tahun 2020 tidak menjadi indikator dalam Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Mata Cicendo.

8) Akreditasi Internasional (JCI)

Tabel 3.20
Akreditasi Internasional
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

AKREDITASI	TAHUN				
INTERNASIONAL (JCI)	2015	2016	2017	2018	2019
Target	Persiapan JCI	Verifikasi KARS tahun ke-2	MOCK Survey	MOCK Survey	Akreditasi Internasional
Realisasi	Persiapan JCI	Verifikasi KARS tahun ke-3	Proses Inisial Assesment	Belum Terlaksana	Terlaksana

Sumber : Komite Mutu, Tahun 2015 - 2019

Berdasarkan Tabel 3.20 terlihat kegiatan akreditasi menuju akreditasi internasional dari tahun 2015 sampai 2018 sesuai dengan tahapan yang disyaratkan dalam penilaian akreditasi internasional (JCI). PMN RS Mata Cicendo Bandung pada tahun 2017 telah melaksanakan penilaian re-akreditasi KARS Ke-2 pada tanggal 2 November 2017 dengan hasil LULUS TINGKAT PARIPURNA yang berlaku sampai dengan tanggal 9 Juli 2020.

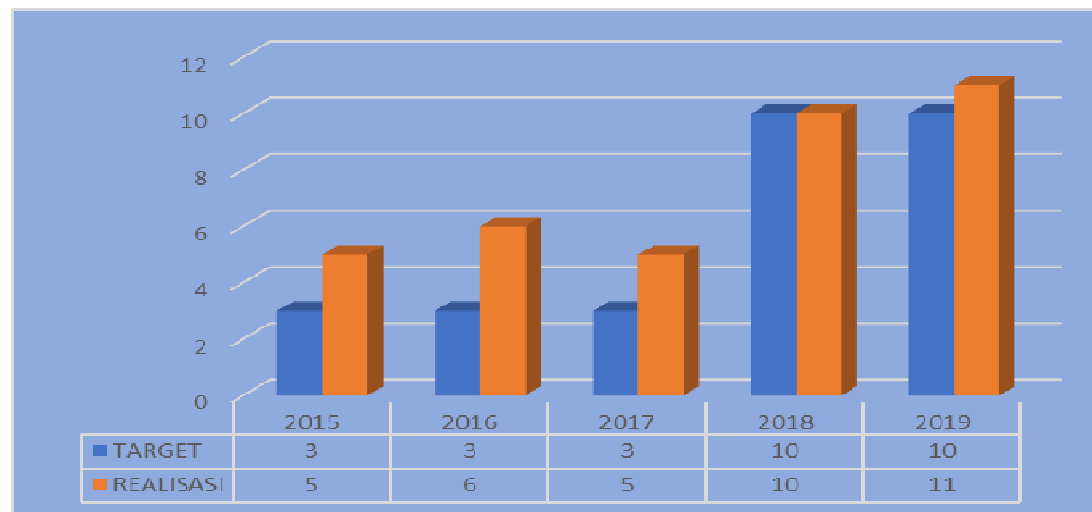
Pada tahun 2018 penilaian Akreditasi Internasional belum dilaksanakan, karena proses peralihan ke Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi I oleh KARS sedang berjalan.

Pada tahun 2019 telah dilaksanakan kegiatan survey simulasi akreditasi SNARS edisi 1 pada tanggal 21-24 Agustus 2019 dan kegiatan survey akreditasi SNARS internasional pada tanggal 2-6 Desember 2019.

9) Jumlah Publikasi Nasional Dan Internasional

Penelitian dan pengembangan kesehatan mata merupakan salah satu misi yang harus dilaksanakan Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, sehingga dalam Renstra maupun Rencana Kerja Tahunan.

Grafik 3.12
Jumlah Publikasi Nasional dan Internasional
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Bagian Diklat-Litbang, 2015 – 2019

Berdasarkan Grafik 3.12 terlihat jumlah penelitian yang dipublikasi baik nasional maupun internasional pada tahun 2015 sampai 2019 telah mencapai target . Bila dibandingkan dengan tahun 2017 penelitian yang dipublikasi mengalami kenaikan yang signifikan menjadi 10 publikasi.

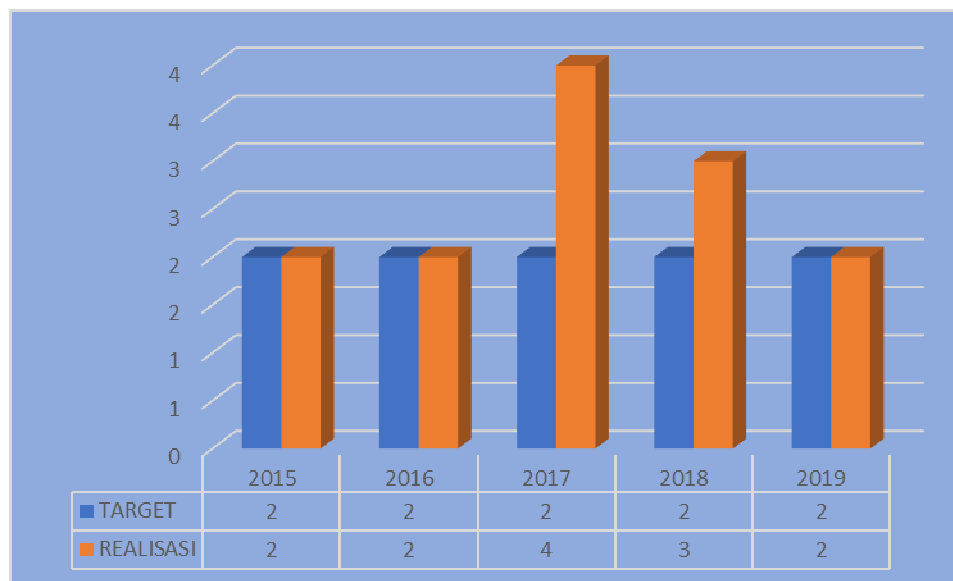
Kegiatan penelitian yang dipublikasikan tahun 2019 terealisasi sebanyak 11 (sebelas) penelitian telah mencapai target yang ditetapkan pada tahun 2019 sebanyak 10 penelitian. Judul penelitian yang dipublikasikan terlihat di bawah ini :

1. *The Characteristics of Patient with Macular Hole After Pars Plana Vitrectomy (PPV) and Internal Limiting Membran (ILM) Peeling in Cicendo Eye Hospital National Eye Center,Bandung Macular Hole ; ILM Peeling ; Vitrectomy*
2. *Gambaran Klinis Dan Penatalaksanaan Aniridia Kongenital Di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo*
3. *Crab cuticle membrane application for treatment of corneal lamellarlaceration in rats: a preliminary study*
4. *Clinical Characteristics and Management of Cytomegalovirus Retinitis with HIV in CicendoEye Hospital National Eye Centre, Bandung*
5. *Use of A Very Low Dose of Streptozotocin Induce Diabetic Retinopathy in Rats*
6. *Oral Ciprofloxacin As Prophylatic Antibiotic After Primary Vitrectomy Surgery For Rhegmatogenous Retina Detachment : Necessary Or Not?*
7. *Analisis Kebutuhan Pelatihan Pegawai Administrasi PMN. RS. Mata Cicendo Bandung*
8. *Evaluation of The Timing of intravitreal bevacizumab injection as adjuvant therapy to panretinal photocoagulation in patiens with diabetic macular edema secondary to diabetic retinopathy*
9. *Correlations of Deoxyribonucleic acid methylation, histone acetylation, and microrna-320 with sorbitol dehydrogenase in diabetic retinopathy*
10. *Evaluation of Thickness of Ganglion Cell Layer With Inner Plexiform Layer in Patients With Diabetic Retinopathy*
11. *Retinal Nerve Fiber Layer Thickness in Diabetic Retinopathy Patients Without Clinically Significant Macular Edema*

Pertumbuhan penelitian yang dipublikasikan tahun 2019 sebesar 110% artinya pertumbuhan jumlah penelitian yang dipublikasikan tahun 2019 mengalami kenaikan sebesar 10% dibandingkan dengan jumlah penelitian yang dipublikasikan tahun lalu.

10) Jumlah RS Jejaring Yang Diampu

Grafik 3.13
Jumlah RS Jejaring yang Diampu
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

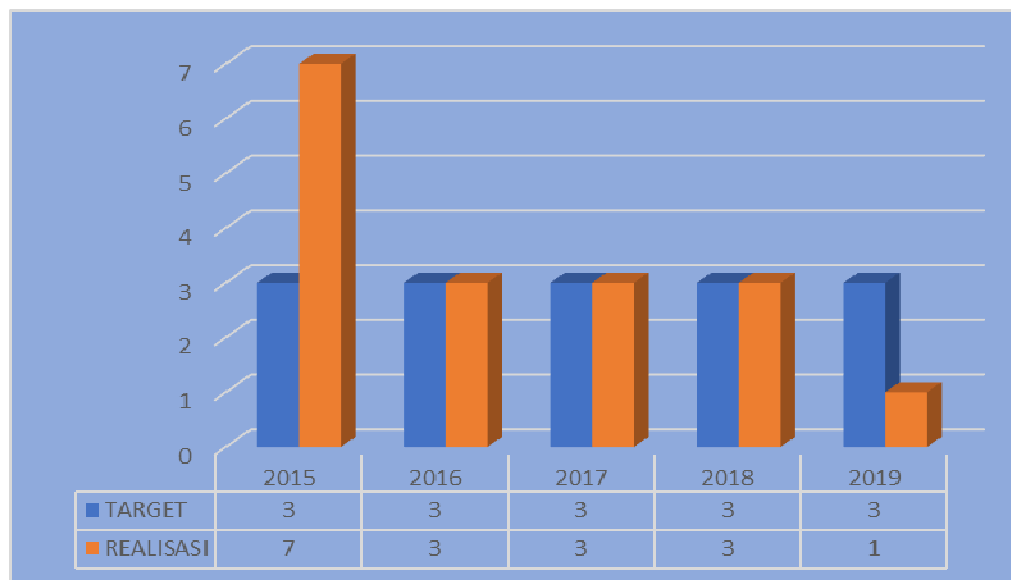


Sumber : Bagian Diklat-Litbang, Tahun 2019

Berdasarkan Grafik 3.13 terlihat jumlah rumah sakit yang diampu dari tahun 2015 sampai tahun 2019 telah mencapai target yang ditetapkan. Terjadi peningkatan jumlah rumah sakit jejaring yang diampu dari 2 pada tahun 2015 dan 2016 meningkat menjadi 4 rumah sakit yang diampu pada tahun 2017 dan 3 rumah sakit pada tahun 2018, sedangkan pada tahun 2019 ada 2 rumah sakit yang diampu, hal ini menunjukkan meningkatnya kepercayaan masyarakat terhadap PMN Rumah Sakit Mata Cicendo. RS Mata Cicendo merupakan satu-satunya rumah sakit mata rujukan nasional UPT vertikal sehingga harus menjadi pengampu bagi rumah sakit mata lainnya.

11) Jumlah SDM Yang Magang Di Rumah Sakit Benchmark (≥ 1 Minggu)

Grafik 3.14
Jumlah SDM Yang Magang di Rumah Sakit Benchmark (≥ 1 Minggu)
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Bagian Diklat-Litbang, Tahun 2015 – 2019

Berdasarkan Grafik 3.14 terlihat jumlah SDM yang mengikuti program benchmark mengalami kecenderungan penurunan dari 7 orang pada tahun 2015 menjadi 3 orang pada tahun 2016, 2017 dan 2018 dan menjadi 1 orang pada tahun 2019. RS Benchmark adalah rumah sakit yang dijadikan model RS Mata Cicendo. Program magang di RS Benchmark bertujuan untuk meningkatkan kompetensi SDM medik maupun non medik. Pada tahun 2019 sebanyak 1 SDM medik yang magang di RS Benchmark yaitu :

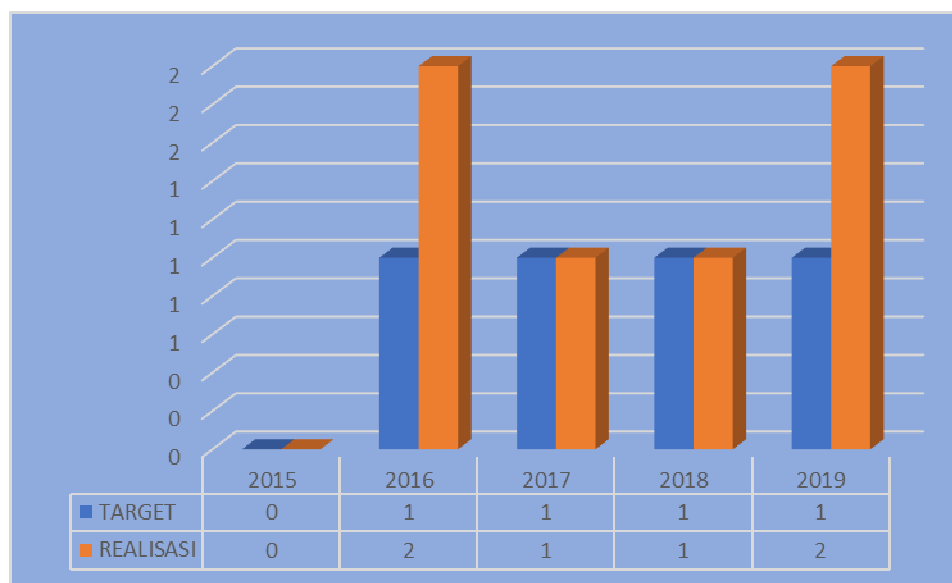
dr. Rusti Hanindya Sari, SpM di Tan Tock Seng Hospital Singapura yang melakukan hands-off observership Neuroophthalmology yang dilaksanakan dari tanggal 1 April sampai dengan 28 Juni 2019.

Kendala yang ditemui adalah Tenaga Medik yang direncanakan untuk mengikuti magang berhalangan mengikuti magang dikarenakan yang bersangkutan cuti melahirkan dan tempat magang sudah direncanakan 1 tahun sebelum tenaga dikirimkan untuk mengikuti magang. Dilakukan

upaya Pemetaan dan pengembangan SDM semua jenjang. Tahun 2020 merencanakan kerjasama dengan beberapa institusi lain untuk dijadikan tempat magang.

12) Jumlah Program Pengampunan Dari RS Benchmark Yang Dapat Dilaksanakan

Grafik 3.15
Jumlah Program Pengampunan dari RS Benchmark yang Dapat Dilaksanakan
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Direktorat Medik dan Keperawatan, Tahun 2015 - 2019

Berdasarkan Grafik 3.15 terlihat Kegiatan Program Pengampunan dari RS Benchmark yang dapat dilaksanakan pada Tahun 2016 sebanyak 2 program dapat terealisasi sedangkan tahun 2017 sebanyak 1 program dari 1 program yang ditargetkan yaitu program pengampunan Bank Mata. Pada tahun 2016 program pelatihan teknisi dan konselor bank mata dan Visitasi ke RS. Benchmark pada tanggal 7 – 10 Desember 2016 oleh Dr. dr. Feti Karfiati Memed, SpM(K), M.Kes. Pada tahun 2018 ada 1 kegiatan program pengampunan yang telah dilaksanakan yaitu program pengampunan

Bank Mata dari target 1 kegiatan, sehingga target terpenuhi. Sedangkan pada tahun 2019 tercapai 2 program dan telah melampaui dari target yang ditetapkan yaitu program Bank Mata dan Low Vision. Untuk menggali kreatifitas/inovasi pelayanan untuk meningkatkan Kepuasan Pelanggan pada tahun 2020 di rencanakan sebagai program unggulan, Low Vision Estetic eye care, Retina, Protesa, MCU mata.

13) Pengembangan Layanan Unggulan Mata Anak Terpadu

Grafik 3.16
Pengembangan Layanan Unggulan Mata Anak Terpadu
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



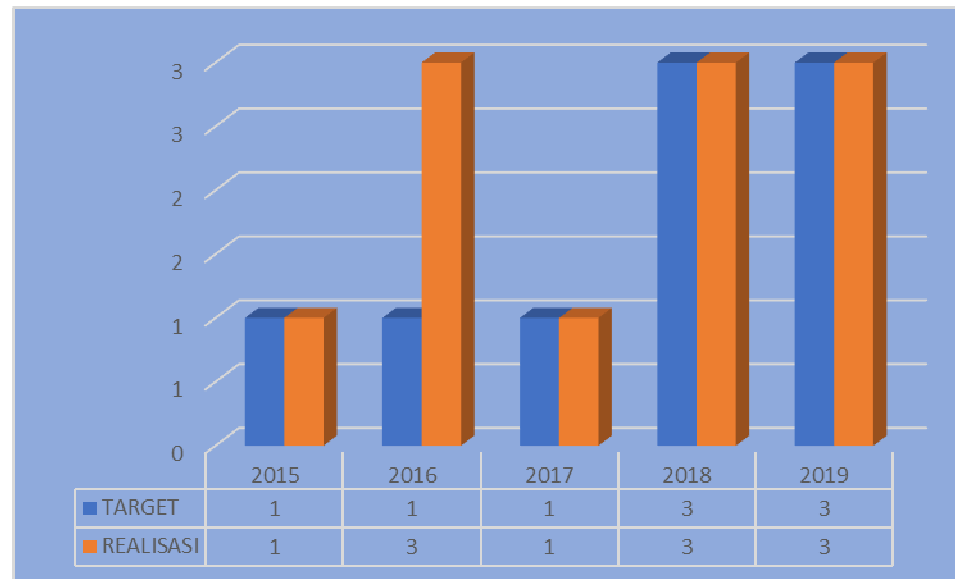
Sumber : Direktorat Medik dan Keperawatan, Tahun 2015 - 2019

Berdasarkan Grafik 3.16 terlihat indikator pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu dari tahun 2016 dapat dilaksanakan 2 kegiatan yaitu Kegiatan dalam rangka pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu Retinoblastoma tahun 2016 pelatihan tim retinoblastoma, pengadaan Sarana dan Prasarana medis dan non medis/ Follow Up alat-alat ke Instalasi Fasilitas Medik dan Menyiapkan ruang sitostatika, kemoterapi dan protes. Tahun 2017 dapat dilakukan 1 pengembangan layanan unggulan sesuai dengan target yang ditetapkan yaitu ditugaskannya pada tanggal 9-

12 Juni 2017 ke LV Prasad India : 3 dokter (dr. Mayasari, dr. Anne, dr. Friska). Pada tahun 2018 kegiatan pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu dengan tahapan pada Bulan April : Workshop excellent innovation, collaboration cancer care dan Bulan Mei : Magang ke RSHS (3 orang) save Handling Kemo. Sedangkan pada tahun 2019 telah tercapai dari target yang ditetapkan, yaitu proses MOU dengan RSHS

14) Jumlah BTP (Break Through Project) Yang Diimplementasikan

Grafik 3.17
Jumlah BTP (*Break Through Project*) yang Diimplementasikan
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Direktorat Medik dan Keperawatan, Tahun 2015 - 2019

Berdasarkan Grafik 3.17 terlihat Jumlah BTP (*Break Through Project*) yang diimplementasikan dari tahun 2015 telah dapat dilaksanakan 1 BTP, tahun 2016 terdapat 3 BTP yaitu : Pengaturan jadwal dokter yang ditetapkan SK Direktur Utama Nomor : HK.02.04/II/1.1/1447/2016, pengaturan

jadwal dibagi menjadi 4 (empat) bagian yaitu jadwal paviliun, kamar bedah, rawat jalan reguler dan lasik. Hal ini dimaksudkan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja dokter PMN RS Mata Cicendo.

Pelayanan Unit Admission Center yang ditetapkan SK Direktur Utama Nomor : HK.02.04/II/1.1/2350/2016 yaitu unit yang memberikan pelayanan general consent dan triase, manajemen bed (tempat tidur), pendaftaran rawat inap dan day care dan informasi tarif dan pelayanan rawat inap dan day care. Hal ini dimaksudkan dalam rangka meningkatkan efektifitas, efisiensi dan mutu pelayanan RS Mata Cicendo

Pelayanan poliklinik sore, Sabtu, Minggu dan kamar bedah 24 jam yang ditetapkan SK Direktur Utama Nomor : HK.02.04/II/3557/2016 mulai ditetapkan mulai bulan Agustus 2016. Hal ini dimaksudkan meningkatkan pelayanan dan mengurangi waktu tunggu pasien operasi.

Sedangkan tahun 2017 sebanyak 1 BTP yang dapat dilaksanakan sesuai dengan target yang telah ditetapkan yaitu:

Pada bulan Januari dan februari 2017 Penentuan konsep manajemen farmasi terpadu (terdiri dari pengembangan pelayanan farmasi dalam pengelolaan obat, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai; serta farmasi klinik).

Pada bulan Maret 2017 Pembuatan kajian dan rencana kerja manajemen farmasi terpadu.

Pada Bulan April, Mei dan Juni 2017 Pembagian kerja ke dalam tim untuk mengembangkan dan menetapkan kebijakan dan kebutuhan pendukung lainnya: tim Pelayanan, manajerial Farmasi dan Farmasi Klinik, tim SDM dan tim Sarana dan prasarana.

Pada bulan Juli 2017 Pembuatan pedoman manajemen farmasi terpadu

Pada bulan Agustus, September, Oktober dan Desember 2017 Melakukan implemtasi manajemen Farmasi Terpadu.

Break Through Project yang diimplementasikan pada tahun 2018 terealisasi 3 BTP dari 3 BTP yang ditargetkan yaitu :

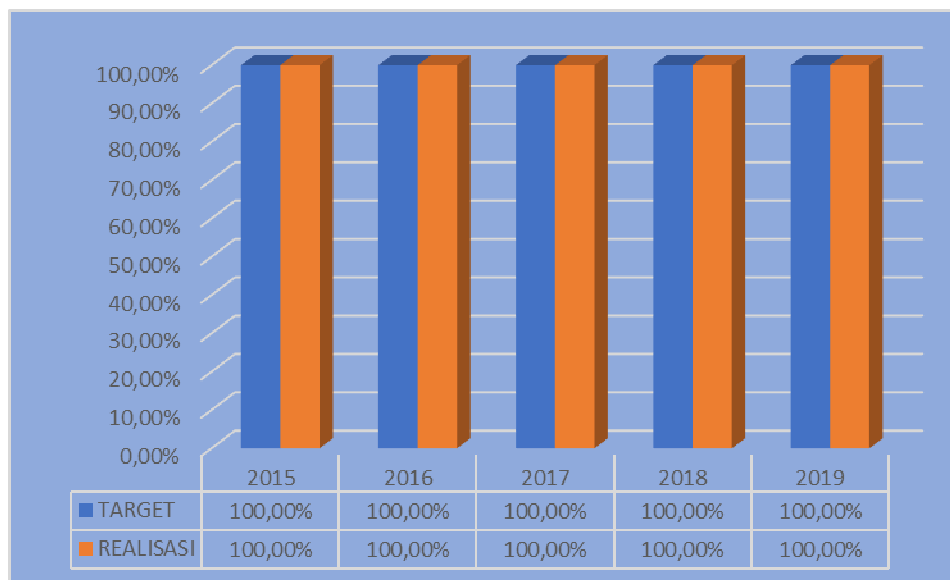
1. Daycare
2. Diagnostik
3. HCR

Sedangkan pada tahun 2019 telah tercapai 3 BTP dari 3 BTP yang ditargetkan, yaitu :

- 1.Kajian Day Care menjadi instalasi
2. SK perubahan TT
3. MCU

15) Persentase Unit Kerja Yang Menjalankan Tindak Lanjut Temuan Hasil Audit Mutu

Grafik 3.18
Persentase Unit Kerja yang Menjalankan Tindak Lanjut Temuan Hasil Audit Mutu
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

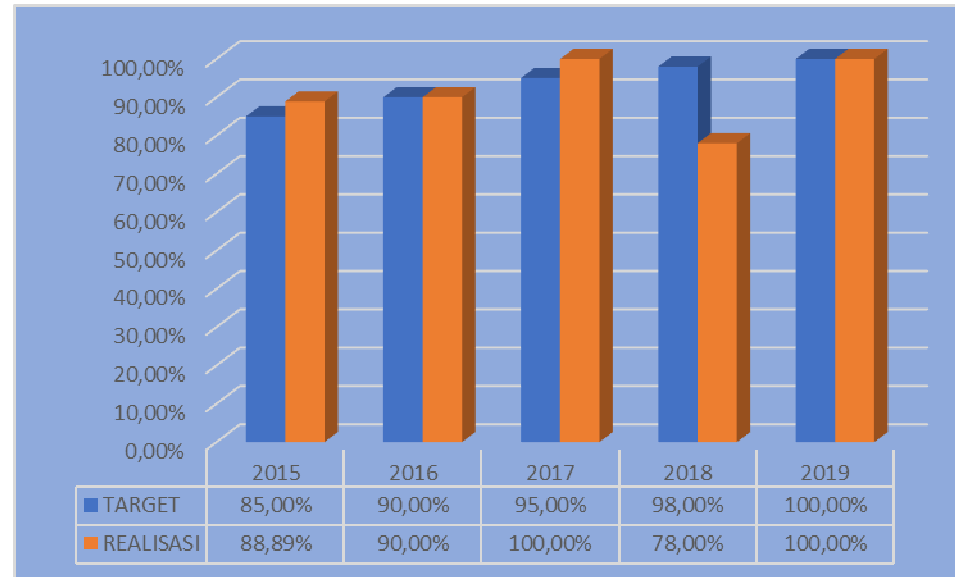


Sumber : Komite Mutu, Tahun 2015 – Tahun 2019

Berdasarkan Grafik 3.18 terlihat Persentase Unit Kerja Yang Menjalankan Tindak Lanjut Temuan Hasil Audit Mutu dari tahun 2015 sampai dengan tahun 2019 telah sesuai dengan target yang ditetapkan yaitu seluruh unit menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu.

16) Persentase KSM yang Berkinerja Baik

Grafik 3.19
Persentase KSM yang Berkinerja Baik
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Direktorat Medik dan Keperawatan, Tahun 2015 – 2019

Berdasarkan Grafik 3.19 terlihat persentase KSM yang berkinerja baik dari tahun 2015 sampai tahun 2017 telah melampaui target yang diharapkan. Terlihat terjadi kecenderungan peningkatan capaian KSM berkinerja baik dari 88.89% pada tahun 2015 menjadi 100% pada tahun 2017. Hal ini dapat menunjukkan kinerja yang baik berarti mutu layanan semakin baik. Pada tahun 2018 persentase KSM yang berkinerja baik belum dapat mencapai target yang ditetapkan karena dari 9 KSM yang ada terdapat 2 KSM yang indikator mediknya belum mencapai standar kinerja sesuai standar yang telah ditetapkan yaitu KSM Retina dan KSM Glukoma. Dari 3 indikator medik di KSM Retina masih ada 1 indikator yang belum mencapai standar yaitu angka perlengketaan retina pada pasien ARR 1 minggu post operasi pneumatic dikarenakan tindakan pneumatic kasusnya sedikit, selama 6 bulan hanya ada 2 kasus, sedangkan di KSM Glukoma dari 3 indikator medik, terdapat 1 indikator yang tidak tercapai standar yaitu Tekanan Intraokuler (TIO) < 21 mmHG 1

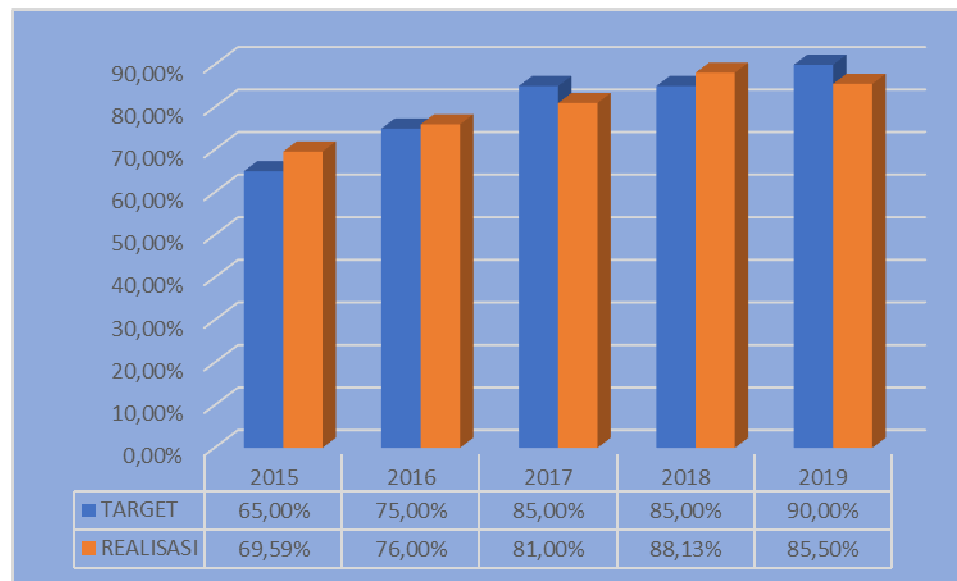
bulan pasca trabekulektomi dengan atau tanpa obat glaukoma pada POAG., secara teknis penatalaksanaan tindakan operasi tersebut sudah memenuhi standar namun hasil tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh kondisi dari pasien yang berbeda diantaranya karena:

- a) Penutupan saluran yang lebih cepat dari seharusnya
- b) Saluran terblok kembali

Sedangkan pada tahun 2019 terjadi peningkatan kembali dan tercapai dari target yang ditetapkan sebesar 100%.

17) Persentase Kehadiran Pegawai yang Tepat Waktu

Grafik 3.20
Persentase Kehadiran Pegawai yang Tepat Waktu
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Bagian SDM, Tahun 2015 – 2019

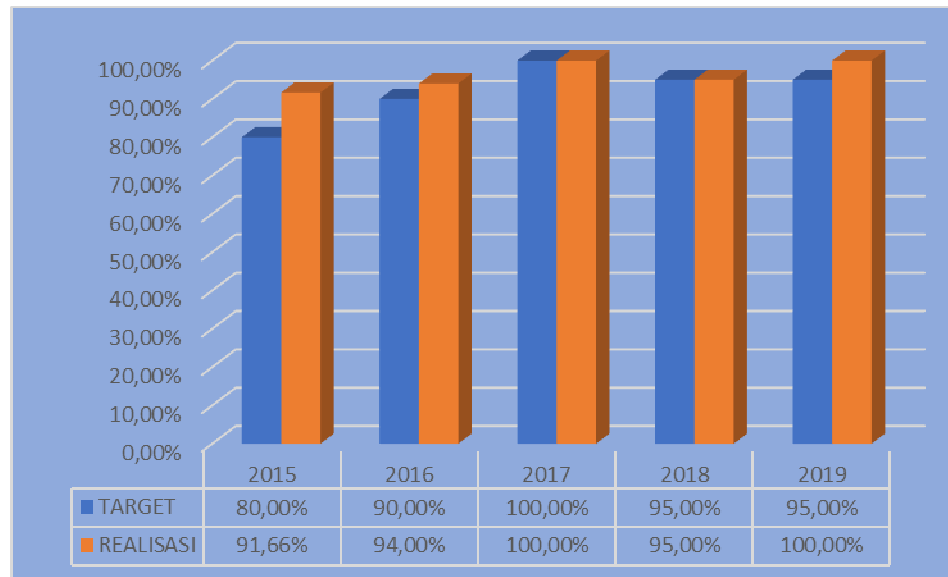
Berdasarkan Grafik 3.20 terlihat persentase kehadiran pegawai tepat waktu mengalami peningkatan dari tahun 2015 sebesar 69,59% menjadi 88.13% pada tahun 2018, hal ini karena semakin tingginya kesadaran pegawai dalam kepatuhan kehadiran yang tepat waktu. Namun pada tahun

2019 mengalami penurunan menjadi 85.50% dari target 90%, hal ini dikarenakan tingkat kesadaran dan disiplin yang masih kurang dari pegawai. Kehadiran pegawai tepat waktu perlu dievaluasi secara terus menerus, evaluasi per unit untuk mengetahui unit-unit yang masih rendah dan diterapkan sanksi yang jelas mengingat kehadiran pegawai tepat waktu merupakan salah satu disiplin aparatur sipil Negara (ASN)

- a) Dikeluarkan SK Dirut No. HK.02.03/II/2.2/5197/2018 tanggal 26 Juni 2018 ttg Pemberlakuan Perubahan Jam Kerja dan SE Dirut No. KP.04.03/II/2.2/5503/2018 bahwa terhitung mulai 9 Juli 2018 diberlakukan jam kerja jam 07.30 s/d 15.30
- b) Dilakukan sosialisasi kedisiplinan.
- c) Sebagai pengurang pada indicator kinerja unit dan kinerja individu

18) Persentase SDM Medik Yang Telah Mengikuti Pendidikan Lanjutan (Fellowship)

Grafik 3.21
Persentase SDM Medik yang Telah Mengikuti Pendidikan Lanjutan (Fellowship)
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

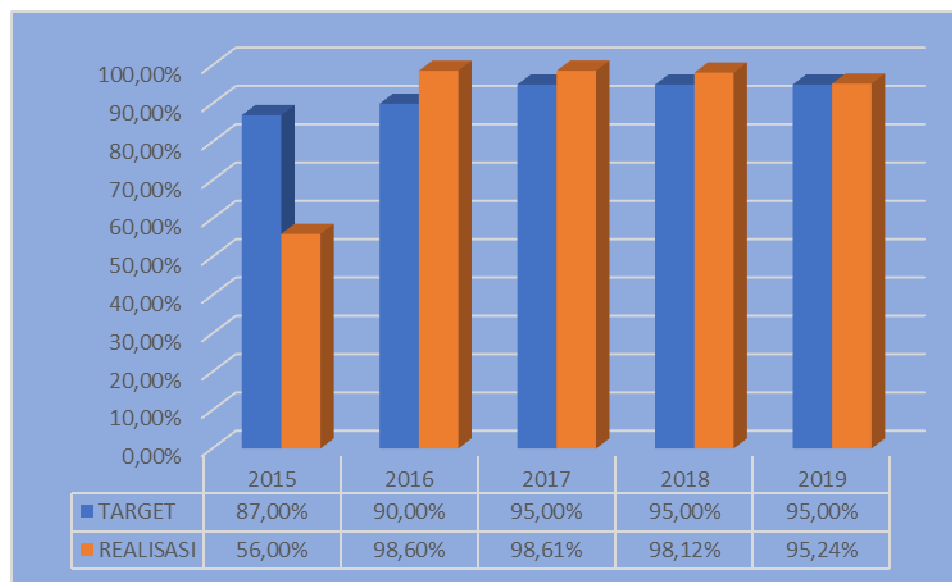


Sumber : Bagian Diklat- Litbang, Tahun 2015 –2019

Berdasarkan Grafik 3.21 terlihat dari tahun 2015 sampai tahun 2019 capaian kinerja persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan dapat melampaui target yang telah ditetapkan dan terjadi kecenderungan peningkatan persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (fellowship) dari 91,66% tahun 2015 menjadi 100% pada tahun 2019 dari 36 SDM medik yang ada. Tahun 2020 Rumah Sakit Mata Cicendo akan membuka 2 OTC baru : OTC Optalmi anestesi dan EED. Telah melakukan konsultasi dengan KKI karena sebanyak 99 orang fellow dari luar menginginkan fellow di RS Cicendo, untuk 2 fellow yaitu PO dan Retina.

19) Persentase SDM Non Medik yang Mempunyai Kompetensi yang Sesuai Standar

Grafik 3.22
Persentase SDM Non Medik yang Mempunyai Kompetensi yang Sesuai Standar
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

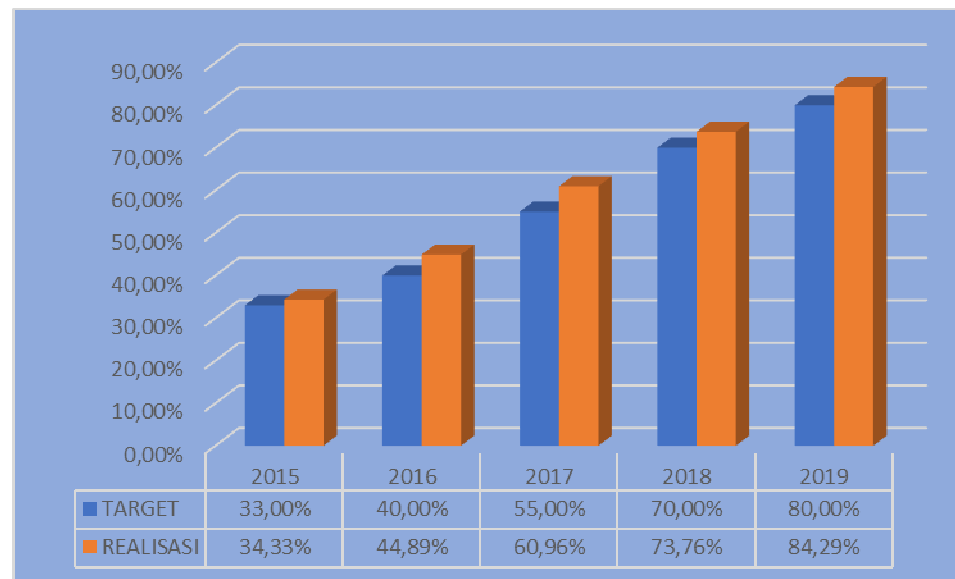


Sumber : Bagian Diklat dan SDM, Tahun 2015 – Tahun 2019

Berdasarkan Grafik 3.22 terlihat persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar mengalami peningkatan dari tahun 2015 sebesar 56,00% menjadi 98,12% pada tahun 2018, namun pada tahun 2019 mengalami penurunan menjadi 95.24%. Realisasi persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar telah melampaui target 2018 sebesar 95%. Pencapaian persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi sesuai standar adalah sebanyak 95.24% atau 260 SDM non medik yang telah mengikuti pendidikan sesuai standar dari 273 orang SDM non medik yang ada. Sudah dialokasikan dana pada Tahun 2020 untuk ijin belajar dalam rangka peningkatan kompetensi formal dan secara rutin mengirimkan tenaga untuk mengikuti workshop, seminar ke lembaga pendidikan.

20) Persentase SDM Perawat yang Mempunyai Kompetensi Mahir Mata

Grafik 3.23
Persentase SDM Perawat yang Mempunyai Kompetensi Mahir Mata
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

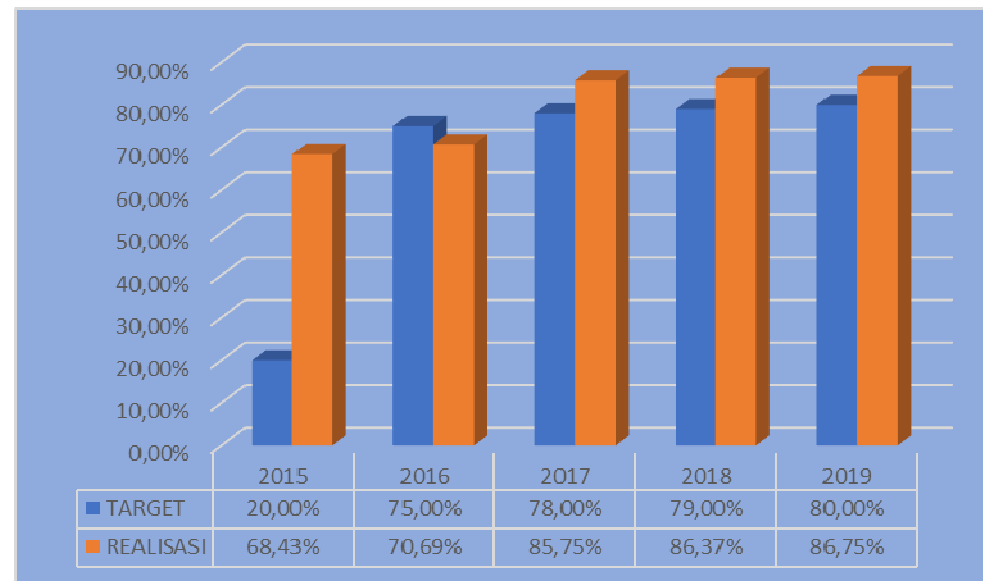


Sumber : Direktorat Medik dan Keperawatan, 2015-2019

Berdasarkan Grafik 3.23 terlihat persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata dari tahun 2015 sampai tahun 2019 dapat melampaui target yang telah ditetapkan. Terlihat pula mengalami peningkatan capaian dari tahun 2015 sebesar 34,33% menjadi 44.89% di tahun 2016, 60,96 % pada tahun 2017, 73.76% di tahun 2018 dan 84.29% pada tahun 2019. Terlihat kenaikan persentase dari tahun ke tahun, hal ini mencerminkan komitmen PMN RS Mata Cicendo dalam meningkatkan kompetensi perawat mahir mata. Pada tahun 2019 SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata adalah sebanyak 118 orang dari 140 perawat yang ada di PMN RS Mata Cicendo Bandung.

21) Persentase Keandalan Sarana Medik (OEE – Overall Equipment Effectiveness)

Grafik 3.24
Persentase Keandalan Sarana Medik (OEE – Overall Equipment Effectiveness)
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Direktorat Medik dan Keperawatan, 2015 – 2019

Berdasarkan Grafik 3.24 terlihat persentase keandalan sarana medik (OEE) tahun 2015, tahun 2017, tahun 2018 dan tahun 2019 dapat melampaui target yang ditetapkan sedangkan tahun 2016 tidak mencapai target yang ditetapkan. Persentase keandalan sarana prasarana mengalami peningkatan dari 68,43% pada tahun 2015 menjadi 86,75% pada tahun 2019. Untuk meningkatkan pengetahuan dalam penghitungan OEE, beberapa langkah sudah dilakukan, yaitu diantaranya dengan menyelenggarakan In House Training OEE pada Bulan April 2017 dan melakukan bimbingan khusus terhadap beberapa instalasi yang memerlukan pendampingan.

22) Persentase Ketersediaan Sarana Prasarana Sesuai Program

Grafik 3.25
Persentase Ketersediaan Sarana Prasarana Sesuai Program
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

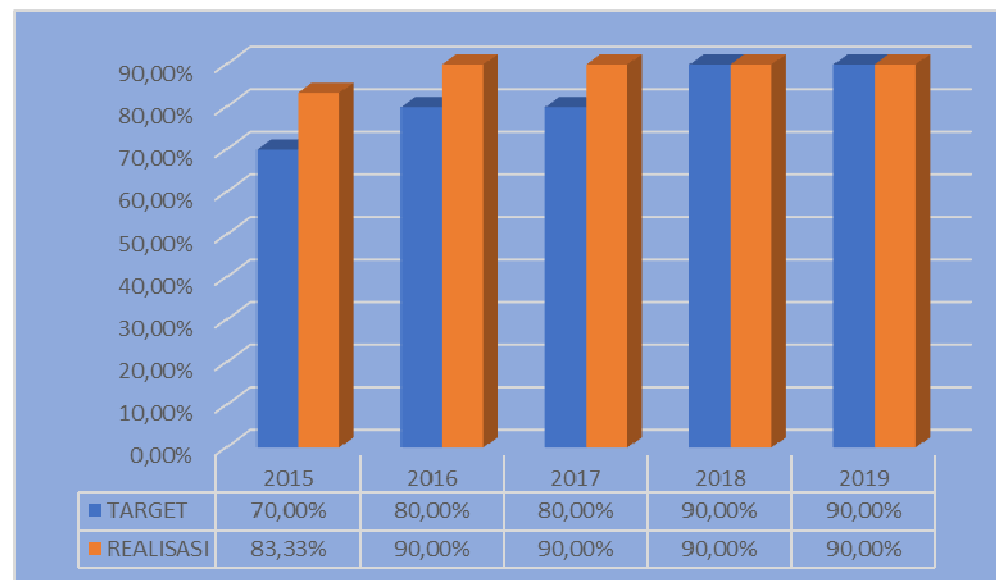


Sumber : Bagian Umum, Tahun 2015 – Tahun 2019

Berdasarkan Grafik 3.25 Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program pada tahun 2016, tahun 2017, dan tahun 2018 dapat melampaui target yang telah ditetapkan. Terjadi kecenderungan peningkatan persentase ketersediaan sarana prasarana dari 99,79% tahun 2016 menjadi 100% pada tahun 2017, tahun 2018 dan tahun 2019. Pada tahun 2020 akan dilaksanakan pemenuhan sarana prasarana dengan melakukan skala prioritas dan pemenuhan sarana prasarana untuk pemenuhan akreditasi diklat.

23) Persentase Maturitas IT

Grafik 3.26
Persentase Maturitas IT
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

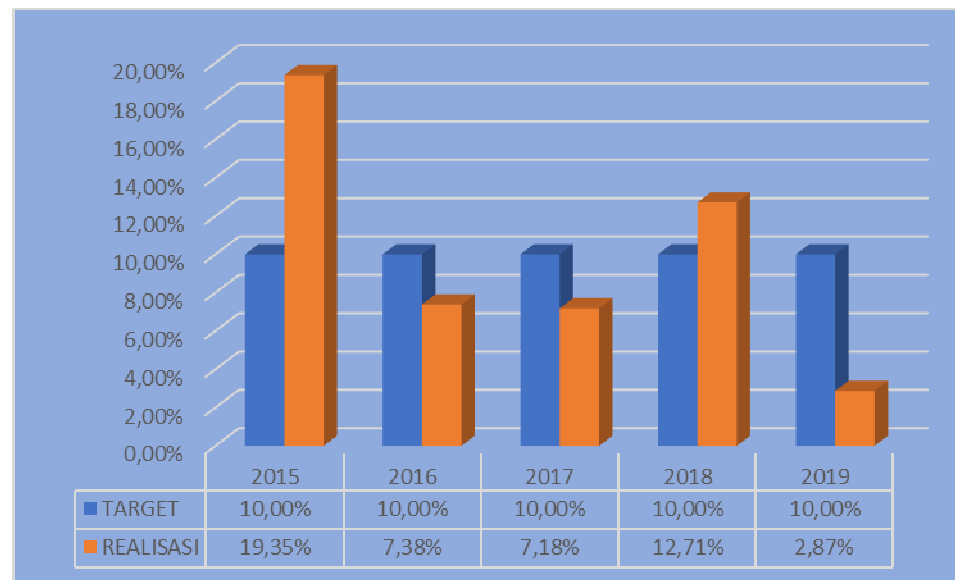


Sumber : Instalasi IT, Tahun 2015 – Tahun 2019

Berdasarkan Grafik 3.26 terlihat persentase maturitas IT dari tahun 2015 sampai tahun 2019 dapat melampaui target yang telah ditetapkan. Persentase maturitas IT mengalami peningkatan dari 83,33% pada tahun 2015 menjadi sebesar 90% pada tahun 2016, 2017, 2018 dan 2019. Terdapat 18 modul aplikasi yang dimiliki RS Mata Cicendo dari 20 modul yang ada. Saat ini aplikasi masih terus disempurnakan dan dikembangkan. Mempercepat pengintegrasian sistem informasi pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan dengan meningkatkan koordinasi antara unit Instalasi IT dan SIMRS dengan unit-unit pelayanan, pendidikan dan penelitian.

24) Persentase Peningkatan Revenue

Grafik 3.27
Persentase Peningkatan Revenue
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019

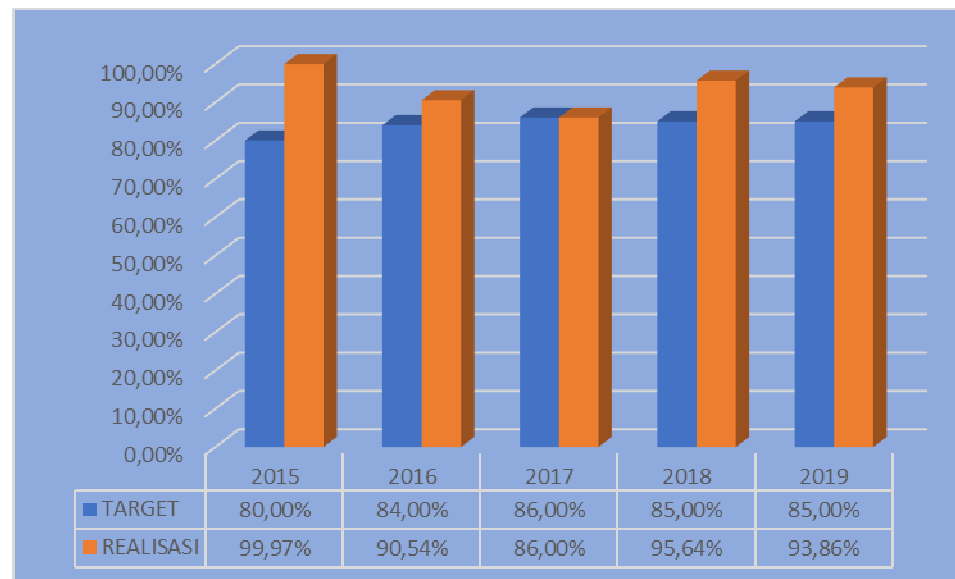


Sumber : Direktorat Keuangan, Tahun 2015 - 2019

Berdasarkan Grafik 3.27 terlihat persentase peningkatan revenue pada tahun 2015 dapat melampaui target akan tetapi tahun 2016 dan 2017 tidak dapat melampaui target yang telah ditetapkan. Terjadi kecenderungan penurunan persentase peningkatan revenue dari 7,38% pada tahun 2016 menjadi 7,18% pada tahun 2017. Pada tahun 2018 terjadi kenaikan pendapatan sebesar 12,71% dari tahun 2017. Sedangkan pada tahun 2019 terjadi penurunan yang cukup signifikan menjadi 2,87% jika dibandingkan dengan tahun 2018. Hal ini terjadi karena pembayaran tagihan klaim BPJS yang mengalami keterlambatan hingga beberapa bulan. Diupayakan untuk berkoordinasi dengan BPJS secara intensif dan berkelanjutan. Untuk meningkatkan penerimaan revenue terdapat beberapa layanan yang potensial untuk dikembangkan antara lain Lasik, Medical Check Up Mata dan pengembangan poli klinik mata, diklit dan memanfaatkan asset secara lebih optimal (parkir, asrama, ATM, kantin).

25) Cost Recovery

Grafik 3.28
Cost Recovery
PMN RS Mata Cicendo Tahun 2015 – Tahun 2019



Sumber : Direktorat Keuangan, Tahun 2015 – 2019

Berdasarkan Grafik 3.28 terlihat *cost recovery* dari tahun 2015 sampai tahun 2019 dapat melampaui target yang telah ditetapkan. Terjadi kecenderungan penurunan *cost recovery* dari 99.97% pada tahun 2015 menjadi 86% pada tahun 2017, dan kemudian meningkat menjadi 95,64% pada tahun 2018. Hal ini dapat terjadi karena kenaikan pendapatan lebih besar dengan kenaikan biaya operasional, kenaikan pendapatan sebesar 12,73% dari tahun 2017 sedangkan kenaikan biaya operasional sebesar 1,92 % dari tahun 2017. Sedangkan pada tahun 2019 terjadi penurunan *cost recovery* sebesar 1.78% dari tahun 2018. Upaya yang dilakukan dengan efisiensi anggaran diantaranya melalui efisiensi pengadaan kefarmasian, bahan habis pakai, clinical pathway dan Laboratorium tanpa mengurangi kualitas pelayanan. Melakukan Evaluasi Keuangan dengan Analisa sebelum menjadi Rumah Sakit mandiri dan setelah menjadi rumah sakit mandiri.

3. Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2015, 2016, Tahun 2017, Tahun 2018 dan Tahun 2019

Tabel 3.21

Perbandingan Realisasi Indikator Kinerja Tahun 2015, 2016, Tahun 2017 Tahun 2018 dan Tahun 2019

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Target 2015	Realisasi Tahun 2015	Target 2016	Realisasi Tahun 2016	Target 2017	Realisasi Tahun 2017	Target 2018	Realisasi Tahun 2018	Target Tahun 2019	Realisasi TH. 2019
1	Terciptanya kepuasan stakeholder	1 Persentase kepuasan pasien	78%	78,36%	80%	78,35%	82%	78,52%	80%	79,23%	80%	79,37%
		2 Tingkat kesehatan RS BLU	83	85,88	85	82,23	87	83,73	84	85,34	85	85,24
		3 Persentase kepuasan pegawai	65,00%	73,70%	80%	91,30%	75%	93,50%	80%	83,6%	85%	85,50%
		4 Persentase kepuasan peserta didik	65,00%	91,00%	80%	90,60%	75%	91,00%	90%	91,04%	91%	91%
		5 Presentase complain yang ditindaklanjuti	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6 Persentase capaian indikator medik sesuai standar	83,00%	84,62%	83%	95,83%	86%	100%	87%	91,30%	90%	100%
		7 Persentase PPDS lulus tepat waktu	10	9	9 semester	9 semester	9 Semester	9 semester	80%	100%	85%	60%
		8 Akreditasi Internasional	Persiapan JCI	Persiapan JCI	Verifikasi KARS tahun ke-2	Verifikasi KARS tahun ke-2	MOCK Survey	Proses Inisial Assesment	MOCK Survey	Belum Terlaksana	Akreditasi Internasional	Terlaksana
		9 Jumlah publikasi nasional dan internasional	3	5	3	6	3	5	10	10	10	11
3	Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	10 Jumlah RS jejaring yang diampu	2	2	2	2	2	4	2	3	2	2
4	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	11 Jumlah SDM yang magang di RS Benchmark (≥ 1 minggu)	3	7	3	3	3	3	3	3	3	1
		12 Jumlah program pengampuan dari RS Benchmark yang dapat dilaksanakan	0	0	1	2	1	1	1	1	1	2
5	Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	13 Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1

No	Sasaran	Indikator Kinerja		Target 2015	Realisasi Tahun 2015	Target 2016	Realisasi Tahun 2016	Target 2017	Realisasi Tahun 2017	Target 2018	Realisasi Tahun 2018	Target Tahun 2019	Realisasi TH. 2019
6	Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	14	Jumlah BTP (<i>Break Through Project</i>) yang diimplementasikan	1	1	1	3	1	1	3	3	3	3
		15	Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
7	Terwujudnya budaya kinerja	16	Persentase KSM yang berkinerja baik	85%	88,89%	90%	90%	95%	100%	98%	78%	100%	100%
		17	Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	65%	69,59%	75%	76,09%	85%	80,71%	85%	88,13%	90%	85,50%
8	Terwujudnya SDM yang kompeten	18	Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (<i>fellowship</i>)	80%	91,66%	90%	94%	100%	100%	95%	94,74%	95%	100%
		19	Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	87%	56%	90%	98,60%	95%	98,61%	95%	98,12%	95%	95,24%
9	Terwujudnya SDM yang kompeten	20	Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	33%	34,33%	40%	44,89%	55%	60,96%	70%	73,76%	80%	84,29%
10	Terwujudnya sarana dan prasarana yang handal	21	Persentase keandalan sarana medik (OEE – <i>overall equipment effectiveness</i>)	20%	68,43%	75%	70,69%	78%	85,75%	79%	86,37%	80%	86,75%
		22	Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	100%	90%	90%	99,79%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100%
11	Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT	23	Persentase maturitas IT	70%	83,33%	80%	90%	80%	90%	90%	90%	90%	90%
12	Terwujudnya peningkatan <i>revenue</i> dan efisiensi	24	Persentase Peningkatan <i>Revenue</i>	10%	19,35%	10%	7,38%	10%	7,18%	10%	12,71%	10%	2,87%
		25	<i>Cost Recovery</i>	80%	99,97%	84%	90,54%	86%	86%	85%	95,64%	85%	93,86%

Sumber : Bagian Perencanaan dan Anggaran, tahun 2015 - 2019

Berdasarkan Tabel 3.22 terlihat perbandingan realisasi indikator kinerja tahun 2015, 2016, tahun 2017, tahun 2018 dan tahun 2019 sebagai berikut :

- 1) Pada Tahun 2015 terdapat 2 indikator yang belum mencapai target yaitu persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar dan ketersediaan sarana prasarana sesuai program. Penyebab tidak tercapainya indikator kegiatan antara lain adanya beberapa kegiatan yang tidak dapat dilaksanakan karena gagal lelang sehingga target tidak tercapai.
- 2) Apabila dilihat dari tabel perbandingan di atas semua indikator dapat dilaksanakan tetapi bila dibandingkan capaian realisasi indikator rumah sakit antara tahun 2016 dan capaian realisasi indikator Tahun 2015 dari 25 indikator terdapat 5 (lima) indikator terjadi penurunan capaian pada tahun 2016 yaitu
 - a) Persentase kepuasan pasien dari 78.36 % pada Tahun 2015 menjadi 78.35 % Tahun 2016, terdapat selisih 0,01 % Kendala pelaksanaan survey adalah pelanggan kadang sulit diminta mengisi kuesioner karena menderita sakit mata sehingga sulit membaca dan mengisi kuesioner. Untuk mengatasinya perlu cara lain misalnya dengan teknik wawancara. Untuk meningkatkan nilai kepuasan pelanggan perlu ditindak lanjuti di rawat jalan kecepatan pelayanan, di rawat inap tentang kepastian jadwal pelayanan
 - b) Tingkat kesehatan RS BLU dari 85.88 pada Tahun 2015 menjadi 82,23 Tahun 2016, terdapat selisih 3,65
 - c) Jumlah SDM yang magang di RS Benchmark (≥ 2 minggu) dari 7 orang pada Tahun 2015 menjadi 3 orang Pada Tahun 2016, terdapat selisih 4 orang
 - d) Persentase Peningkatan Revenue dari 19.35 % pada Tahun 2015 menjadi 7.38 % pada Tahun 2016, terdapat selisih 11,97 %; Hal ini dapat disebabkan adanya kebijakan BPJS terkait penggunaan aplikasi baru per tanggal 26 Oktober 2016 yang terlambat disosialisasikan ke RS yang akhirnya tagihan RS terlambat disampaikan ke BPJS. Tagihan yang seharusnya diterimakan tahun berjalan akhirnya baru diterima RS Februari 2017
 - e) Cost Recovery dari 99,97% dari tahun 2015 menjadi 90,54% di tahun 2016, atau turun sebesar 9,43 poin.
- 3) Capaian tahun 2016 dibandingkan tahun 2017 terlihat terdapat 3 indikator yang terjadi penurunan :
 - a) Jumlah publikasi nasional dan internasional pada tahun 2016 sebanyak 6 publikasi menjadi 5 publikasi pada tahun 2017.

- b) Persentase Peningkatan Revenue pada tahun 2016 sebesar 7,38 sedangkan pada tahun 2017 sebesar 7,18. Hal ini dapat terjadi karena penurunan pendapatan dapat terlihat dari penurunan jumlah pasien rawat inap sebesar 4,06% dan penurunan jumlah tindakan bedah sebesar 2,89%
 - c) Cost Recovery pada tahun 2016 sebesar 90,54% sedangkan pada tahun 2017 sebesar 86% Hal ini dapat terjadi karena kenaikan pendapatan tidak sebanding dengan biaya operasional, kenaikan pendapatan sebesar 7,18% dari tahun 2016 sedangkan kenaikan biaya operasional sebesar 15 %.
- 4) Capaian kinerja 2018 dibandingkan tahun 2017 terdapat 6 indikator yang mengalami penurunan, yaitu:
- a) Persentase kepuasan pegawai pada tahun 2017 sebesar 93,50% menjadi 83,6% di tahun 2018, hal ini terjadi karena terdapat metode penilaian berbeda, jika pada tahun 2017 dilakukan dengan melakukan survey yang dilakukan oleh internal (bagian SDM) dengan 3 kriteria penilaian yaitu kepuasan kerja, komitmen organisasi dan perilaku kerja sedangkan pada tahun 2018 dilakukan dengan 2 penilaian yaitu oleh pihak internal dan survey yang dilakukan oleh eksternal yaitu dilakukan oleh Kujang Pradipta, dengan 5 kriteria penilaian yaitu kepuasan terhadap pekerjaan, kepuasan terhadap imbalan, kepuasan terhadap supervisi atasan, kepuasan terhadap rekan kerja dan kesempatan promosi. Dimana terdapat 2 angka survey yang berbeda dimana menurut hasil survey internal diperoleh angka 95,2% yang artinya melebihi perhitungan survey tahun 2017, dan hasil survey eksternal dengan hasil sebesar 72%, sehingga jika diambil angka rata-rata survey kepuasan pegawai menjadi 83,6%
 - b) Persentase capaian indikator medik sesuai standar pada tahun 2017 adalah sebesar 100%, sedangkan pada tahun 2018 adalah 91,30% sehingga terjadi penurunan sebesar 8,7%. Hal ini terjadi karena terdapat KSM yang indikator mediknya belum mencapai standar yaitu KSM Retina, dari 3 indikator medik masih ada 1 indikator yang belum memenuhi standar yaitu indikator angka perlekatan retina pada pasien ARR 1 minggu post operasi pneumatic dikarenakan tindakan pneumatic kasusnya sedikit, selama 12 bulan hanya ada 2 kasus. KSM Glukoma juga masih terdapat indikator medik yang belum memenuhi standar yaitu Tekanan Intraokuler (TIO) < 21 mmHG 1 bulan pasca trabekulektomi dengan atau tanpa obat glaukoma pada POAG.
 - c) Jumlah RS jejaring yang diampu pada tahun 2017 terdapat 4 rumah sakit jejaring sedangkan pada tahun 2018 menjadi 3 rumah sakit jejaring.
 - d) Persentase KSM yang berkinerja baik pada tahun 2017 sebesar 100% menjadi 78% pada tahun 2018, terdapat selisih 21 %.
 - e) Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (fellowship) pada tahun 2017 sebesar 100% sedangkan pada tahun 2018 turun 5% menjadi 95%.

- f) Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar pada tahun 2017 sebesar 98.61% pada tahun 2018 menjadi 98.12% atau turun 0.49%.
- 5) Realisasi capaian indikator rumah sakit tahun 2019 dibandingkan dengan tahun 2018 terdapat 8 indikator yang mengalami penurunan, yaitu :
- a) Tingkat kesehatan RS BLU pada tahun 2018 sebesar 85.34 menjadi 85.24 pada tahun 2019. Hal ini terjadi karena terdapat penurunan nilai pada indikator keuangan yang semula 26.20 pada tahun 2018 menjadi 23.35 pada tahun 2019 yaitu dari rasio kas, imbalan atas asset tetap dan imbalan equitas.
 - b) PPDS lulus tepat waktu turun sebesar 40% yang semula 100% pada tahun 2018 menjadi 60% pada tahun 2019. Hal ini terjadi karena dari 10 mahasiswa PPDS yang lulus tepat waktu hanya 6 mahasiswa.
 - c) Jumlah RS jejaring yang diampu pada tahun 2018 terdapat 3 rumah sakit jejaring sedangkan pada tahun 2019 menjadi 2 rumah sakit jejaring.
 - d) Jumlah SDM yang magang di RS *Benchmark* (≥ 1 minggu) pada tahun 2018 terdapat 3 SDM sedangkan pada tahun 2019 menjadi 1 SDM saja.
 - e) Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu pada tahun 2018 sebesar 88.13% sedangkan pada tahun 2019 menjadi sebesar 85.50%, terdapat selisih sebesar 2.63%.
 - f) Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar pada tahun 2018 sebesar 98.12% sedangkan pada tahun 2019 menjadi sebesar 95.24%, terdapat selisih sebesar 2.88%.
 - g) Persentase peningkatan *revenue* pada tahun 2018 sebesar 12.71% sedangkan pada tahun 2019 menjadi sebesar 2.87%, terdapat selisih sebesar 9.84%. Hal ini terjadi karena pembayaran klaim tagihan pasien BPJS yang mengalami keterlambatan hingga beberapa bulan.
 - h) *Cost recovery* pada tahun 2018 sebesar 95.64% sedangkan pada tahun 2019 menjadi sebesar 93.86%, terdapat selisih sebesar 1.78%.

4. Analisis atas Efisiensi Sumber Daya yang Mendukung dalam Pencapaian Kinerja (SDM, Anggaran, Sarana dan Prasarana)

Realisasi belanja PMN RS Mata Cicendo, baik sumber dana RM maupun BLU, terdapat realisasi belanja dibawah pagu anggaran dengan output yang tercapai sesuai target, sehingga terdapat efisiensi dari belanja tersebut, seperti terlihat dalam tabel di bawah ini:

Tabel 3.22

Capaian Output dan Realisasi Belanja Tahun 2019

	Nama Satker	MAK	Pagu Belanja	Realisasi Belanja	%	Capaian Output (%)	Keterangan *
	PMN RS MATA CICENDO	BLU					
		52	91.057.446.000	81.153.757.754	89%	89%	Efisiensi
		53	26.288.655.000	22.099.325.801	84%	84%	Efisiensi
		Total	117.346.101.000	103.253.083.555			

Belanja yang bersumber dari pembiayaan BLU, Belanja Barang MAK 52 dengan capaian output 89%, tercapai realisasi belanja sebesar 89%, sehingga terdapat efisiensi belanja sebesar 11% dari Pagu awal dan Belanja Modal MAK 53 dengan capaian output 84%, tercapai realisasi belanja sebesar 84%, sehingga terdapat efisiensi belanja sebesar 16% dari Pagu awal.

B. Sumber Daya

1) Sumber Daya Manusia (SDM)

Kondisi SDM PMN Rumah Sakit pada tahun 2019 berdasarkan jabatan, golongan dan pendidikan yang merupakan salah satu indikator untuk tercapainya tingkat pelayanan di rumah sakit antara lain :

Tabel 3.23
Distribusi SDM Menurut Jabatan Tahun 2019

No.	URAIAN	Kondisi Tahun 2018	Perkembangan		Kondisi Tahun 2019	Ket
			Tambah	Kurang		
1	Struktural					
	Eselon II a	1	0	0	1	
	Eselon II b	3	0	0	3	
	Eselon III	8	4	3	9	
	Eselon IV	17	0	5	12	Ojar.SH
2	Fungsional	177	7	5	179	Pindah Andy Teguh Iman Santosa, Amd RO
3	Staf/Pelaksana	181	3	8	158	Pindahan Berbik Mukorobin, Pensiun 2 Orang
4	Pegawai BLU	114	0	3	111	
5	Pegawai Kontrak	19	25	0	44	dr. Sonie Umbara, SpM, dr. Niluh, SpM, dr. Dianita, SpM, dr. Raden Fitri, dr. Efi O, dr. Leoni Atikawati, dr. Cita Normala, Prajna, Luckman Agita, Sandi, Novi K, Berbik, Defiane
6	Konsultan	5	0	0	5	
	Jumlah	505	39	22	522	

Sumber : Bagian SDM, Tahun 2019

Berdasarkan Tabel 3.23 terlihat jumlah SDM berdasarkan jabatan dari kondisi akhir tahun 2018 sebanyak 505 orang menjadi sebanyak 522 orang pada akhir tahun 2019 karena penambahan pegawai sebanyak 39 orang (Struktural Eselon III sebanyak 4 orang, Fungsional sebanyak 7 orang, staf 3 orang dan

pegawai kontrak sebanyak 25 orang) dan pengurangan pegawai sebanyak 22 orang (Struktural Eselon III sebanyak 3 orang, Eselon IV sebanyak 5 orang, fungsional sebanyak 5 orang, staf/pelaksana sebanyak 6 orang, dan pegawai BLU sebanyak 3 orang).

Tabel 3.24
Distribusi SDM Menurut Golongan
Tahun 2019

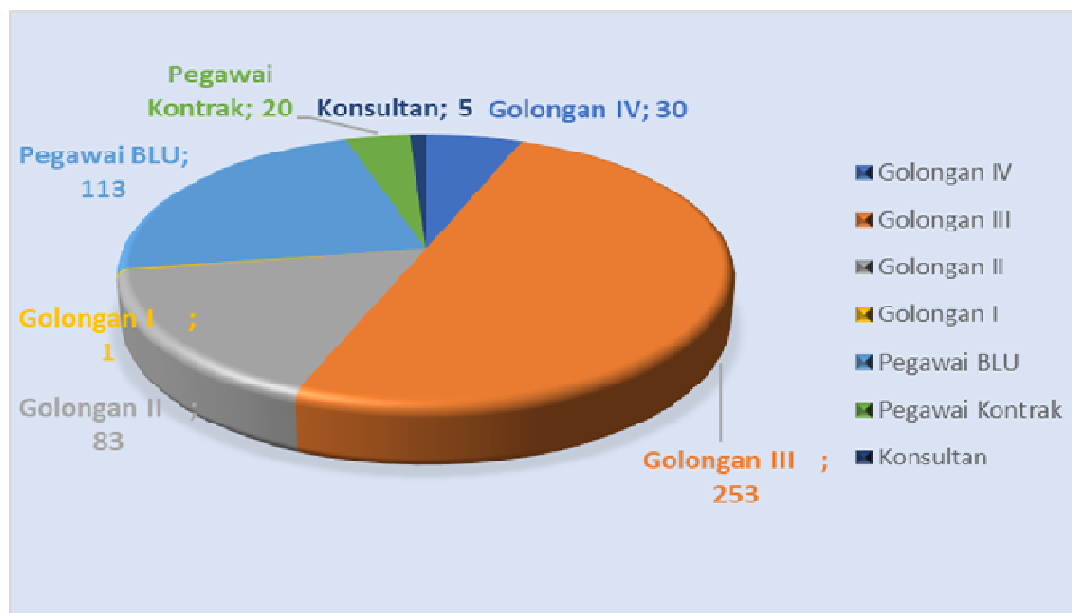
No.	URAIAN	Kondisi Tahun 2018	Perkembangan		Kondisi Tahun 2019	Ket
			Tambah	Kurang		
1	Golongan IV	30	2	3	29	
2	Golongan III	253	3	9	247	Ojar,SH, Pindah Andy Teguh Iman Santosa, Amd RO, Pindahan Berbik Mukorobin, Pensiun 2 Orang
3	Golongan II	83	3	1	85	
4	Golongan I	1	0	0	1	
5	Pegawai BLU	113	0	3	110	
6	Pegawai Kontrak	20	25	0	45	dr. Sonie Umbara, SpM, dr. Niluh, SpM, dr. Dianita, SpM, dr. Raden Fitri, dr. Efi O, dr. Leoni Atikawati, dr. Gita Normala, Prana, LuckmanAgita, Sandi, Novi K, Berbik, Defiane
7	Konsultan	5	0	0	5	
	Jumlah	505	33	16	522	

Sumber : Bagian SDM, Tahun 2019

Berdasarkan Tabel 3.24 Berdasarkan Tabel 2.2 terlihat jumlah SDM berdasarkan golongan pada kondisi akhir tahun 2018 sebanyak 505 orang menjadi 522 pada akhir tahun 2019 karena penambahan pegawai sebanyak 33 orang (golongan IV sebanyak 2 orang, golongan III sebanyak 3 orang, golongan II sebanyak 3 orang, dan pegawai kontrak sebanyak 25 orang) dan pengurangan pegawai sebanyak 16 orang (golongan IV sebanyak 3 orang, golongan III sebanyak 9 orang, golongan II sebanyak 1 orang, dan pegawai BLU sebanyak 3 orang).

Gambaran komposisi SDM berdasarkan golongan dapat dilihat pada grafik sebagai berikut:

Grafik 3.29
Distribusi SDM Menurut Golongan
Tahun 2019



Sumber : Bagian SDM, Tahun 2019

Dari Grafik 3.29 di atas terlihat distribusi SDM menurut golongan pada tahun 2019 paling tinggi pada golongan III sebesar 47% dan terendah pada golongan I yaitu sebesar 0,19%.

Tabel 3.25
Distribusi SDM Menurut Pendidikan
Tahun 2019

No	URAIAN	Kondisi Awal	Perkembangan		Kondisi TRWI	Ket
			Tambah	Kurang		
1	S-3	7	0	0	7	
2	S-2	57	10	4	63	dr. Sonie Umbara,SpM, dr. Niluh,SpM, dr. Dianita,SpM, dr. Raden Fitri, dr. Eli O, dr. Leonii Alikawati, dr. Gita Normala,
3	S-1	101	7	1	107	Pegawai baru Novi K, Berbik, Defane, Ojar,SH(Pensiun)
4	D-4	8	0	1	5	
5	D-3	210	13	4	219	Luckman, Sandi(Pegawai baru), Andy Teguh(Pindah)
6	D-1	2	0	0	2	
7	SLTA Sederajat	109	3	6	106	Agita (pegawai baru), Entin,Emem(Pensiun)
8	SMP	4	0	0	4	
9	SD	4	0	0	4	
10	Konsultan	5	0	0	5	
	Jumlah	505	33	16	522	

Sumber : Bagian SDM, Tahun 2019

Berdasarkan Tabel 3.25 terlihat jumlah SDM berdasarkan pendidikan dari kondisi akhir tahun 2018 sebanyak 505 orang menjadi 522 orang pada akhir tahun 2019 karena penambahan sebanyak 33 orang (S2 sebanyak 10 orang, S1 sebanyak 7 orang, D3 sebanyak 13 orang dan SLTA sederajat sebanyak 3 orang) dan pengurangan sebanyak 16 orang (S2 sebanyak 4 orang, S1 sebanyak 1 orang, D4 sebanyak 1 orang, D3 sebanyak 4 orang, dan SLTA sebanyak 6 orang).

2) Sumber Daya Anggaran

Dalam melaksanakan kegiatan pelayanan selain ditunjang oleh sumber daya manusia yang berkualitas perlu ditunjang pula oleh sumber daya anggaran untuk mendanai semua belanja sehingga pelayanan dapat berjalan sesuai standar yang ditetapkan. Dibawah ini alokasi dana dalam DIPA dan Rencana Kegiatan Anggaran /RKAKL berdasarkan jenis belanja dan sumber dana, besaran pagu dan realisasinya adalah sebagai berikut :

Tabel 3.26
Sumber Dana Tahun 2019

No.	Uraian Kegiatan	Pagu		Realisasi 2019	%
		Awal	Revisi IX		
BELANJA RM					
1	Belanja Pegawai	26.313.243.000	26.313.243.000	25.439.899.676	96,68%
2	Belanja Barang		6.805.907.000	6.800.483.633	99,92%
3	Belanja Modal		18.619.172.000	17.795.179.413	95,57%
	Sub Total (RM)	26.313.243.000	51.738.322.000	50.035.562.722	96,71%
BELANJA BLU					
1	Belanja Pegawai	82.377.721.000	86.799.698.000	85.857.645.384	98,91%
2	Belanja Barang	75.311.794.000	91.057.446.000	81.153.757.754	89,12%
3	Hibah				
4	Belanja Modal	17.695.533.000	26.288.655.000	22.099.325.801	84,06%
	Sub Total (BLU)	175.385.048.000	204.145.799.000	189.110.728.939	92,64%
TOTAL (RM + BLU)		201.698.291.000	255.884.121.000	239.146.291.661	93,46%

Sumber : Dir. Keuangan, Tahun 2019

Berdasarkan Tabel 3.26 terlihat total realisasi penyerapan anggaran pada tahun 2019 sebesar Rp.239.146.291.661,- atau 93.46% dari total pagu revisi sebesar Rp. 255.884.121.000,-. Terdapat penurunan capaian persentase realisasi sebesar 0.21% penyerapan anggaran total tahun 2019 jika dibandingkan dengan penyerapan anggaran Total tahun 2018 sebesar 93.67%.

Realisasi penyerapan anggaran RM Tahun 2019 sebesar Rp.50.035.562.722,- atau sebesar 96.71% Realisasi penyerapan anggaran BLU Tahun 2019 sebesar Rp.189.110.728.939,- atau sebesar 92.64%.

3) Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Pengelolaan Barang Milik Negara/BMN Setditjen Bina Upaya Kesehatan selama periode tahun 2019, dapat dilaporkan dalam bentuk intrakomtable, ekstrakomtable, gabungan intrakomtable dan ekstrakomtable dan aset tak berwujud. Adapun laporan perkembangan masing-masing Barang Milik Negara adalah sebagai berikut :

Tabel 3.27
Sarana Dan Prasarana Tahun 2019

No	Uraian	Realisasi 2019	
		Saldo Awal Januari 2019	Desember 2019
1	BMN INTRAKOMTABEL		
	Posisi Awal	563.468.877.091	563.468.877.091
a	Penambahan		
	Saldo Awal	-	-
	Pembelian	-	35.741.551.528
	Perolehan KDP	-	15.495.150
	Pengembangan KDP	-	3.008.388.050
	Hibah Masuk	-	718.781.250
	Transfer Masuk	-	-
	Reklasifikasi Masuk	-	24.844.357.970
	Reklas Dari Aset Tetap Ke Aset Lainnya	-	2.043.453.754
	Penyelesaian Pembangunan dengan KDP	-	3.067.064.360
	Pengembangan Nilai Aset	-	1.131.223.736
	Pengembangan Nilai Aset Koreksi Pencatatan Nilai/Kuantitas	-	-
	Pengembangan Nilai Aset Koreksi Nilai Tim Penertiban Aset	-	-
	Aset Tak Berwujud	-	-
	Aset Tetap yang Tidak Digunakan	-	-
	Penyusutan	-	-
b	Pengurangan	-	-
	Penghentian Penggunaan	-	2.043.453.754
	Penyusutan	-	30.454.913.577
	Penyusutan Koreksi Semu Hasil Penilaian Kembali	-	-
	Reklasifikasi Keluar	-	24.880.981.970
	Penyelesaian KDP	-	-
	Penyelesaian Aset tak Berwujud	-	-
	Penghapusan BMN dihentikan	-	684.502.000
	Penghapusan BMN	-	-
	Penghapusan Koreksi Pencatatan	-	-
	Koreksi Pencatatan Nilai/Kuantitas	-	168.918.000
	Posisi Akhir	563.468.877.091	575.806.423.588

2	BMN EKSTRAKOMTABEL		
	Posisi Awal	121.806.100	121.806.100
a	Penambahan		
	Pembelian	-	-
	Hibah Masuk	-	-
	Reklasifikasi Masuk	-	36.624.000
	Reklas Dari Aset Tetap Ke Aset Lainnya	-	28.944.403
	Akumulasi Penyusutan	-	-
b	Pengurangan/ Penyusutan	-	42.791.358
	Penghentian Penggunaan	-	28.944.403
	Penghapusan BMN dihentikan	-	-
	Posisi Akhir	121.806.100	115.638.742
3	BMN GABUNGAN INTRAKOMTABEL & EKSTRAKOMTABEL		
	Posisi Awal	563.590.683.191	563.590.683.191
	Penambahan	-	70.635.884.201
	Pengurangan/ Penyusutan	-	58.304.505.062
	Posisi Akhir	563.590.683.191	575.922.062.330
4	BMN TAK BERWUJUD		
	Posisi Awal	-	-
	Penambahan	-	-
	Pengurangan	-	-
	Posisi Akhir	-	-
	Total Keseluruhan keadaan BMN per tanggal 31 Desember 2019 sebanyak	563.590.683.191	575.922.062.330

Sumber : Bagian Umum, Tahun 2019

Berdasarkan Tabel 3.27 Total Keseluruhan BMN keadaan pada tanggal 31 Desember 2019 sebesar Rp.575.922.062.330,-.

C. Alokasi dan Realisasi Anggaran Rumah Sakit Tahun 2019

Tabel 3.28
Alokasi dan Realisasi Anggaran Rumah Sakit Tahun 2019

NO	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	PROGRAM KERJA STRATEGIS		KPI	TARGET TAHUN 2019	KEGIATAN DI RKAKL	ANGGARAN REV IX	REALISASI SEMESTER II TAHUN 2019	% CAPAIAN
1	2	3	5		6	7	8		10	11
1	Stakeholder	Terciptanya kepuasan stakeholder	Melakukan survey tingkat kepuasan stakeholder	1	Persentase kepuasan pasien	80%	Pelayanan Kesehatan Mata Komunitas	447.306.000	302.045.000	67,53%
							Pemberantasan Gangguan Penglihatan Kebutaan	86.000.000	-	0,00%
							Pengadaan Bahan Makanan	1.299.619.000	1.057.056.512	81,34%
				2	Tingkat kesehatan RS BLU	85	Obat-obatan dan Alat Kesehatan habis pakai BLU	42.872.988.000	40.638.303.585	94,79%
							Obat-obatan dan Alat Kesehatan habis pakai APBNP (RM)	6.805.907.000	6.800.483.633	99,92%
							Pengadaan Tekstil BLU	522.000.000	508.265.131	84,71%
							Kacamata dan perlengkapannya BLU	1.800.000.000	1.508.081.160	83,78%
							CEN	-		0,00%
				3	Persentase kepuasan pegawai	85%	Gaji dan tunjangan RM	26.313.243.000	25.439.899.676	96,68%
							Remunersi	75.583.456.000	75.390.899.725	101,62%
							Gaji dan tunjangan BLU	11.216.242.000	10.466.745.659	85,05%
							Pakaian Pegawai	495.115.000	480.835.000	97,12%
							Pedoman Remunerasi	91.690.000	-	0,00%
				4	Persentase kepuasan peserta didik	91%	Kegiatan Survei Kepuasan Peserta Didik			
				5	Persentase komplain yang ditindaklanjuti	100%				

NO	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	PROGRAM KERJA STRATEGIS		KPI	TARGET TAHUN 2019	KEGIATAN DI RKAKL	ANGGARAN REV IX	REALISASI SEMESTER II TAHUN 2019	% CAPAIAN
1	2	3	5		6	7	8		10	11
2	Proses Bisnis	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	Monev indikator medik KSM	6	Persentase capaian indikator medik sesuai standar	90%	Annual meting	1.106.785.000	850.489.152	76,84%
			Monev kurikulum dan sistem pendidikan dokter spesialis mata	7	Persentase PPDS lulus tepat waktu	85%				
			MOCK Survey	8	Akreditasi Internasional (JCI)	Akreditasi Internasional	Sosialisasi Akreditasi	698.857.000	663.164.512	124,79%
							Perencanaan, Evaluasi dan Peningkatan Mutu RS	250.000.000	244.763.200	58,64%
							Evaluasi PJB	27.436.000	-	0,00%
			Monev dan Publikasi hasil penelitian	9	Jumlah publikasi nasional dan internasional	10	Penelitian dan Publikasi	400.000.000	155.937.273	38,98%
		Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	1.Peningkatan kemampuan kualitas pelayanan di RS yang diampu	10	Jumlah RS jejaring yang diampu	2				
			2.Penyempurnaan Sistem Manajemen RS yang diampu							
			3.Penyempurnaan Program kerjasama tele ophthalmology							
		Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	Program pengiriman 3 SDM ke RS Benchmark	11	Jumlah SDM yang magang di RS Benchmark (≥ 1 Minggu)	3				
			Program pengembangan pelayanan Bank Mata, dan low vision	12	Jumlah program pengampuan dari RS Benchmark yang dapat dilaksanakan	1	Studi banding	111.500.000	38.780.216	34,78%
		Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	Menyediakan sumberdaya manusia untuk layanan unggulan mata anak terpadu	13	Jumlah pengembangan layanan unggulan mata terpadu	1				
		Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	Manajemen farmasi terpadu	14	Jumlah BTP (Break Through Project) yang diimplementasikan	3				
			Pengembangan Program audit mutu dan implementasi rekomendasi komite mutu di unit kerja	15	Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut rekomendasi komite mutu	100%				

NO	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	PROGRAM KERJA STRATEGIS		KPI	TARGET TAHUN 2019	KEGIATAN DI RKAKL	ANGGARAN REV IX	REALISASI SEMESTER II TAHUN 2019	% CAPAIAN
1	2	3	5		6	7	8		10	11
3	Learning and Growth	Terwujudnya budaya kinerja	Monev kinerja KSM	16	Persentase KSM yang berkinerja baik	100%				
				17	Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	90%	Sosialisasi Peraturan Pegawai	58.770.000	12.600.000	21,44%
		Terwujudnya SDM yang kompeten	Program pengembangan kompetensi SDM medik	18	Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan profesi lanjutan (fellowship)	95%	OTC (Ophthalmic Training Center) dokter & perawat	-		0,00%
							Ijin Belajar	255.000.000	240.000.000	94,12%
							Pengembangan Japfung	20.800.000	6.509.100	31,29%
							Pelatihan/Seminar/Lokakarya	1.294.450.000	1.232.483.914	95,21%
							Perpustakaan	200.000.000	183.854.665	91,93%
							Pengadaan Koleksi Perpustakaan			
							Pendaftaran Pertemuan	300.000.000	196.970.000	65,66%
							Rapat Kegiatan Pengendalian Mutu	42.075.000	-	0,00%
			Program pengembangan kompetensi SDM non medik	19	Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	95%	Penjenjangan Struktural/Prajabatan			0,00%
							Peningkatan SDM	1.026.862.000	997.134.900	97,11%
			Program pengembangan kompetensi perawat	20	Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	80%	Biaya Seleksi Pegawai baru			
							IHT	920.850.000	816.358.127	88,65%
		Terwujudnya sarana dan prasarana yg handal	Pengembangan alat di kamar bedah, lab penelitian	21	Persentase keandalan sarana medik (OEE –	80%	Pengadaan Alat Kesehatan RM			
							Pengadaan Alat Kesehatan BLU			
			Rumah singgah, asrama, Pengembangan instalasi diagnostik, pengembangan AC, fasade dan Disabilitas semua unit layanan dan pembangunan Lab	22	Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	100,00%	Belanja Modal Gedung dan Bangunan BLU	1.989.691.000	1.411.016.686	70,92%
							Pengadaan Kendaraan Bermotor			
							Belanja Modal Peralatan dan Mesin (BLU)	491.745.000	430.000.000	87,44%
							Pengadaan Peralatan dan Fasilitas Perkantoran (BLU)	7.906.776.000	6.928.760.278	87,63%
							Belanja modal peralatan dan mesin (BLU)	15.900.443.000	13.341.552.087	83,91%
							Belanja modal peralatan dan mesin, Alkes dan Keperawatan APBNP(RM)	18.619.172.000	17.795.179.413	0,00%
							Belanja pemeliharaan Sarana dan Prasarana BLU	13.329.846.000	10.998.259.171	82,51%
							Belanja barang (BLU)	2.165.145.000	1.362.670.638	62,94%
							Belanja Jasa BLU	12.695.882.000	12.026.597.837	94,73%
							Belanja Penyediaan barang dan jasa BLU Lainnya	1.409.475.000	966.251.611	56,45%
							Belanja barang Persediaan Barang Konsumsi - BLU	2.843.420.000	2.758.597.470	14,48%
							Belanja Jasa BLU kepada BLU lain dalam satu Kementerian Negara/Lembaga	990.000.000	367.148.000	37,09%
			Program pengembangan SIMRS dan PACS	23	Persentase maturitas IT	90%	Jasa Cloud dan Center			
							Pengadaan Hardware SIMRS			
							Pengadaan Software SIMRS			
							Pengadaan Software Microsoft office			
							Pembayaran Jasa jaringan internet service provider			
		Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT					Langganan domain dan web hosting			
							Layanan VPN IP BPJS			

NO	PERSPEKTIF	SASARAN STRATEGIS	PROGRAM KERJA STRATEGIS		KPI	TARGET TAHUN 2019	KEGIATAN DI RKAKL	ANGGARAN REV IX	REALISASI SEMESTER II TAHUN 2019	% CAPAIAN
1	2	3	5		6	7	8		10	11
4	Finansial	Terwujudnya peningkatan <i>revenue</i>		24	Persentase Peningkatan <i>Revenue</i>	10%	Pemasaran RS	1.499.847.000	1.254.774.918	83,66%
		Terwujudnya efisiensi								
REALISASI TAHUN 2019								255.884.121.000	239.146.291.661	93,46%

Sumber : Direktorat Keuangan, 2019

Berdasarkan Tabel 3.28 terlihat realisasi dana tahun 2019 untuk mendukung capaian indikator kinerja sebesar 93.46% (Rp. 239.146.291.661,-) dari pagu anggaran sebesar Rp.255.884.121.000,-.

Indikator kinerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung pada tahun 2019 sebanyak 25 indikator, dari 25 indikator terealisasi 20 indikator yang mencapai/melampaui target (80%), sedangkan yang belum mencapai target sebanyak 5 indikator. Adapun rincian selengkapnya adalah sebagai berikut::

Tabel 3.29
Capaian Jumlah Indikator Rencana Strategis Bisnis Tahun 2019

No	Capaian	Jumlah indikator
1	0- <25 %	0
2	25– < 50%	2
3	50 – <75 %	1
4	75 – <100 %	2
5	≥100 %	20
TOTAL		25

Apabila di lihat dari tabel di atas semua indikator dapat dilaksanakan tetapi masih ada kegiatan yang belum mencapai target antara lain :

- a). Persentase kepuasan pasien sebesar 79.37% belum mencapai target 80%, termasuk pada kategori Kinerja Unit Pelayanan “Baik”. Dilihat dari capaian kepuasan triwulan I sampai triwulan IV terjadi kecenderungan peningkatan persentase yang fluktuatif, kepuasan dari 79,42 % pada triwulan I menjadi 79.59 % pada triwulan II dan meningkat menjadi 80.49% pada triwulan III dan kembali turun menjadi 79.37% pada triwulan IV tahun 2019.

Bila dibandingkan persentase kepuasan dengan target tahun 2019 sebesar 80%, capaian kepuasan sebesar 79,37% masih selisih 0.63 %. Perlu dilihat unsur penilaian mana yang perlu ditingkatkan. Kecepatan pelayanan, kepastian jadwal pelayanan, prosedur pelayanan dan kepastian biaya pelayanan merupakan penilaian pasien terendah atas kepuasan pelayanan. Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah pelanggan eksternal (pasien) terkadang sulit untuk diminta mengisi kuesioner karena pasien menderita sakit mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sehingga perlu cara lain untuk pengisian kuesioner seperti dengan melakukan wawancara akan tetapi kendala yang ditemui adalah sumber daya manusia dan fasilitas untuk perbaikan pelayanan.

Solusi yang telah dilakukan yaitu saran dan kritik dalam lembar kuesioner baik mengenai sumber daya manusia, pelayanan dan fasilitas ditindaklanjuti untuk perbaikan dan kemajuan mutu rumah sakit, peningkatan kualitas pelayanan diprioritaskan pada unsur yang mempunyai nilai paling rendah, sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap dipertahankan, melakukan koordinasi semua unit terkait dalam memperbaiki mutu layanan.

- b). Persentase PPDS lulus tepat waktu sesuai dengan waktu yang ditetapkan selama 9 semester pada tahun 2019 sebesar 60% dari target 85%. Dari 10 orang mahasiswa PPDS hanya 6 orang mahasiswa yang lulus tepat waktu. Berdasarkan tugas pokok, fungsi dan misi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo di samping melaksanakan pelayanan kesehatan mata, juga melaksanakan pendidikan mahasiswa kedokteran maupun pendidikan dokter spesialis mata, bekerja sama dengan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung, sesuai dengan Surat Perjanjian Kerjasama (MoU) yang ditandatangani Direktur Utama PMN RS Mata Cicendo Bandung dengan Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Pajajaran Bandung. Persentase kelulusan dokter spesialis mata sebagai bukti kinerja yang semakin baik dari Bagian PPDS Mata.
- c). Jumlah SDM yang magang di RS Benchmark (≥ 1 minggu) ada 1 SDM dari target 3 SDM yang direncanakan. SDM yang mengikuti program benchmark mengalami kecenderungan penurunan pada tahun 2019. RS Benchmark adalah rumah sakit yang dijadikan model RS Mata Cicendo. Program magang di RS Benchmark bertujuan untuk meningkatkan kompetensi SDM medik maupun non medik. Pada tahun 2019 sebanyak 1 SDM medik yang magang di RS Benchmark yaitu :
dr. Rusti Hanindya Sari, SpM di Tan Tock Seng Hospital Singapura yang melakukan hands-off observership Neuroophthalmology yang dilaksanakan dari tanggal 1 April sampai dengan 28 Juni 2019.
- d). Persentase kehadiran pegawai tepat waktu mengalami penurunan menjadi 85.50% dari target 90%, hal ini dikarenakan tingkat kesadaran dan disiplin pegawai yang masih kurang.
- e). Persentase peningkatan *revenue* pada tahun 2019 sebesar 2.87% belum mencapai target 10%, terdapat selisih sebesar 9.84% jika dibandingkan dengan tahun 2018 sebesar 12.71%. Hal ini terjadi karena pembayaran klaim tagihan pasien BPJS yang mengalami keterlambatan hingga beberapa bulan.

BAB IV

KESIMPULAN

Penyusunan dan penyampaian penetapan kinerja yang berupa Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat memberikan gambaran umum tentang pencapaian pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo, Bandung dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan mata dan pertanggungjawaban sumber daya yang ada, serta dapat memberikan informasi penting tentang laporan capaian kegiatan selama tahun 2019 dalam rangka mencapai visi dan misi yang ditetapkan.

PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dalam mengukur kinerja sudah sesuai dengan program dan sasaran strategis yang telah ditetapkan dan penetapan kinerja dengan indikator yang merupakan target yang harus dicapai pada tahun 2019. Indikator tersebut mendukung setiap sasaran strategis dalam Rencana Strategis Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Tahun 2019 yang mengacu pada program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan.

Keberhasilan yang sudah dicapai oleh PMN Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung pada tahun 2019 diharapkan menjadi acuan atau parameter dalam kegiatan yang akan datang serta perlu didukung oleh kerjasama dan koordinasi yang lebih baik lagi agar tidak adanya hambatan dalam pelaksanaan kegiatan.

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) diharapkan dapat bermanfaat dan berguna sebagai alat informasi tertulis, bahwa PMN Rumah Sakit mata Cicendo sudah dapat melaksanakan pertanggungjawaban sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya dan menjadi acuan atau monitoring pelaporan yang akan datang.

Capaian Pada Tahun 2019:

Berdasarkan Rencana Strategi Bisnis atau Perjanjian Kinerja pada tahun 2019 bahwa sebanyak 25 indikator kinerja terdapat 20 indikator atau 80% yang mencapai/ melewati target yang telah ditetapkan, sedangkan kegiatan yang tidak tercapai sebanyak 5 indikator atau 10% yaitu:

1. Persentase kepuasan pasien sebesar 79.37% belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 80%.
2. Persentase PPDS lulus tepat waktu sebesar 60% belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 85%.
3. Jumlah SDM yang magang di RS Benchmark (≥ 1 minggu) ada 1 SDM belum mencapai target 3 SDM yang direncanakan.
4. Persentase kehadiran pegawai tepat waktu sebesar 85.50% belum mencapai target 90%.
5. Persentase peningkatan *revenue* pada tahun 2019 sebesar 2.87% belum mencapai target 10%.

Hambatan/ Kendala dan Solusi Pada Tahun 2019

Hambatan yang dihadapi dalam kegiatan pada tahun 2019 adalah :

1. Persentase kepuasan pasien

Tingkat kepuasan pasien merupakan salah satu faktor yang dapat meningkatkan *revenue* karena dengan tingginya tingkat kepuasan pasien maka akan terpublikasi keunggulan pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Mata Cicendo kepada masyarakat luas sehingga diharapkan jumlah pasien akan bertambah. Survey kepuasan pelanggan dilakukan sesuai dengan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No. Kep/25M.PAN/2/2004 tanggal 24 Februari 2004, survey dilakukan di rawat jalan (poliklinik reguler, paviliun dan LASIK) dan rawat inap persentase kepuasan pasien tahun 2019 sebesar 79.37% termasuk pada kategori Kinerja Unit Pelayanan “Baik” walaupun belum memenuhi target yang ditetapkan yaitu 80%. Bila dibandingkan persentase kepuasan dengan target tahun 2019 sebesar 80 %, capaian kepuasan sebesar 79,37% masih selisih 0.63 %.

Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah pelanggan eksternal (pasien) terkadang sulit untuk diminta mengisi kuesioner karena pasien menderita sakit mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sehingga perlu cara lain untuk pengisian kuesioner seperti dengan melakukan wawancara.

Untuk meningkatkan tingkat kepuasan pasien upaya yang telah dilakukan yaitu saran dan kritik dalam lembar kuesioner baik mengenai sumber daya manusia, pelayanan dan fasilitas ditindaklanjuti untuk perbaikan dan kemajuan mutu rumah sakit, peningkatan kualitas pelayanan diprioritaskan pada unsur yang mempunyai nilai paling rendah, sedangkan unsur yang mempunyai nilai cukup tinggi harus tetap dipertahankan, melakukan koordinasi semua unit terkait dalam memperbaiki mutu layanan. Nilai unsur terendah di rawat jalan regular, rawat jalan paviliun, dan rawat inap adalah kecepatan pelayanan, kepastian jadwal pelayanan, dan prosedur pelayanan maka masing-masing unit menindaklanjuti dengan :

- a) Rapat koordinasi dengan Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Instalasi Rawat Jalan, Paviliun dan Rawat Inap.

- b) Memperbaiki waktu tunggu rawat jalan sebelum SMS GATEWAY dan sesudah SMS yaitu pendaftaran pasien kontrol dengan system sms terlebih dahulu dan sesudah sms GATEWAY adalah 84,3 menit dan 83 menit. Selanjutnya dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap kepuasan pasien terhadap waktu tunggu tersebut. Dari hasil evaluasi diperoleh masih ada pasien yang menganggap waktu tunggu terlalu lama, oleh karena itu dilakukan revisi sms gateway yang telah ada, format sms langsung ke poliklinik yang dituju, hasilnya menunjukkan penurunan waktu tunggu yang cukup baik menjadi 48 menit.
 - c) Memperbaiki jadwal dokter di paviliun dengan lebih tepat jadwal sehingga pasien melakukan pemeriksaan sesuai jadwal dokter yang dituju dan tidak menunggu tanpa adanya kepastian jadwal dokter sehingga dapat meningkatkan kecepatan pelayanan.
 - d) Rapat koordinasi antara Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Instalasi Rawat Inap yaitu memperbaiki dan mempermudah prosedur pelayanan
 - e) Rapat koordinasi antara Kepala Bidang Pelayanan dan Kepala Instalasi Rawat Inap yaitu mengkaji kembali mengenai pemberian informasi di tata usaha rawat inap dan, admission center serta Instalasi PHH (Humas) mengenai biaya pelayanan.
- Kecepatan pelayanan, kepastian jadwal pelayanan, prosedur pelayanan dan kepastian biaya pelayanan merupakan penilaian pasien terendah atas kepuasan pelayanan. Kendala yang ditemui dalam survey kepuasan adalah pelanggan eksternal (pasien) terkadang sulit untuk diminta mengisi kuesioner karena pasien menderita sakit mata sehingga sulit untuk membaca dan mengisi kuesioner sehingga perlu cara lain untuk pengisian kuesioner seperti dengan melakukan wawancara.

Diperlukan upaya-upaya, antara lain, mengadakan sms pengingat pasien kontrol,. pemenuhan sarana prasarana dengan melakukan skala prioritas. pemenuhan sarana prasarana untuk pemenuhan akreditasi diklat.

2. Persentase PPDS lulus tepat waktu

Persentase PPDS lulus tepat waktu sebesar 60% belum mencapai target yang ditetapkan sebesar 85% karena beberapa mahasiswa belum menyelesaikan penelitiannya dan ada beberapa mahasiswa PPDS yang mengambil cuti besar. Oleh karena itu perencanaan PPDS agar benar-benar dipersiapkan secara matang dan dibuat jadwal target kegiatan sehingga diharapkan semua PPDS dapat lulus tepat waktu. Indikator ini merupakan indikator yang berkaitan dengan FK Unpad dan untuk tahun 2020 tidak menjadi indikator dalam Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit Mata Cicendo.

3. Jumlah SDM Yang Magang di RS. Benchmark (≥ 1 minggu)

Jumlah SDM Yang Magang di RS. Benchmark (≥ 1 minggu) Pada tahun 2019 sebanyak 1 SDM medik yang magang di RS Benchmark tidak mencapai target 3 orang yaitu :

dr. Rusti Hanindya Sari, SpM di Tan Tock Seng Hospital Singapura yang melakukan hands-off observership Neuroophthalmology yang dilaksanakan dari tanggal 1 April sampai dengan 28 Juni 2019.

Kendala yang ditemui adalah Tenaga Medik yang direncanakan untuk mengikuti magang berhalangan mengikuti magang dikarenakan yang bersangkutan cuti melahirkan dan tempat magang sudah direncanakan 1 tahun sebelum tenaga dikirimkan untuk mengikuti magang. Dilakukan upaya Pemetaan dan pengembangan SDM semua jenjang. Tahun 2020 merencanakan kerjasama dengan beberapa institusi lain untuk dijadikan tempat magang.

4. Persentase kehadiran pegawai tepat waktu

Persentase kehadiran pegawai tepat waktu sebesar 85.50% belum mencapai target 90%. Kehadiran pegawai tepat waktu perlu dievaluasi secara terus menerus, evaluasi per unit untuk mengetahui unit-unit yang masih rendah dan diterapkan sanksi yang jelas mengingat kehadiran pegawai tepat waktu merupakan salah satu disiplin aparatur sipil Negara (ASN)

- a) Dikeluarkan SK Dirut No. HK.02.03/II/2.2/5197/2018 tanggal 26 Juni 2018 ttg Pemberlakuan Perubahan Jam Kerja dan SE Dirut No. KP.04.03/II/2.2/5503/2018 bahwa terhitung mulai 9 Juli 2018 diberlakukan jam kerja jam 07.30 s/d 15.30
- b) Dilakukan sosialisasi kedisiplinan.
- c) Sebagai pengurang pada indicator kinerja unit dan kinerja individu

5. Persentase peningkatan *revenue*

Persentase peningkatan *revenue* pada tahun 2019 sebesar 2.87% belum mencapai target 10%. Salah satu kendalanya adalah realisasi pembayaran tagihan klaim dari BPJS tidak tepat waktu sehingga pencapaian target penerimaan Rumah Sakit tidak optimal. Diupayakan dengan terus berkoordinasi dengan pihak BPJS agar realisasi pembayaran dapat segera dilaksanakan. Untuk meningkatkan penerimaan *revenue* terdapat beberapa layanan yang

potensial untuk dikembangkan antara lain Lasik, Medical Check Up Mata dan pengembangan poli klinik mata, diklit dan memanfaatkan asset secara lebih optimal (parkir, asrama, ATM, kantin).

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
PMN RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019

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

Nama : dr. Irayanti, Sp.M(K), MARS.

Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Bambang Wibowo, Sp.OG(K), MARS.

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Desember 2018

Pihak Kedua,



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



Pihak Pertama,

dr. Irayanti, Sp.M(K), MARS.
NIP.196201231989012001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2019
PMN RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Perspektif	Sasaran Strategis	KPI		Target 2019
(1)	(2)	(3)		(4)
Perspektif Stakeholder	Terciptanya kepuasan <i>stakeholder</i>	1	Persentase kepuasan pasien	80%
		2	Tingkat kesehatan RS BLU	85
		3	Persentase kepuasan pegawai	85%
		4	Persentase kepuasan peserta didik	91%
		5	Persentase komplain yang ditindaklanjuti	100%
	Terwujudnya pelayanan prima yang terintegrasi dengan pendidikan dan penelitian	6	Persentase capaian indikator medik sesuai standar	90%
		7	Persentase PPDS lulus tepat waktu (9 semester)	85%
		8	Akreditasi Internasional	KARS
		9	Jumlah publikasi nasional dan internasional	10
Perspektif Proses Bisnis Internal	Terwujudnya sistem jejaring dan rujukan berjenjang yang optimal	10	Jumlah RS jejaring yang diampu	2
	Terwujudnya kemitraan yang berdayaguna	11	Jumlah SDM yang magang di RS <i>Benchmark</i> (≥ 1 minggu)	3
		12	Jumlah program pengampunan dari RS <i>Benchmark</i> yang dapat dilaksanakan	1
	Terwujudnya layanan unggulan mata terpadu	13	Pengembangan layanan unggulan mata anak terpadu	1
	Terwujudnya revitalisasi sistem pelayanan	14	Jumlah BTP (<i>Break Through Project</i>) yang diimplementasikan	3
		15	Persentase unit kerja yang menjalankan tindak lanjut temuan hasil audit mutu	100%
Perspektif Learning & Growth	Terwujudnya budaya kinerja	16	Persentase KSM yang berkinerja baik	100%
		17	Persentase kehadiran pegawai yang tepat waktu	90%
	Terwujudnya SDM yang kompeten	18	Persentase SDM medik yang telah mengikuti pendidikan lanjutan (<i>fellowship</i>)	95%
		19	Persentase SDM non medik yang mempunyai kompetensi yang sesuai standar	95%
	Terwujudnya SDM yang kompeten	20	Persentase SDM perawat yang mempunyai kompetensi mahir mata	80%
	Terwujudnya sarana dan prasarana yg handal	21	Persentase keandalan sarana medik (OEE – <i>overall equipment effectiveness</i>)	80%
		22	Persentase ketersediaan sarana prasarana sesuai program	100%
	Terbangunnya sistem manajemen kinerja terpadu berbasis IT	23	Persentase maturitas IT	90%
Perspektif Finansial	Terwujudnya peningkatan <i>revenue</i> dan efisiensi	24	Persentase Peningkatan <i>Revenue</i>	10%
		25	<i>Cost Recovery</i>	85%

Kegiatan

1. Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan

Anggaran

Rp. 201.698.291.000,-

Jakarta, Desember 2018

Pihak Kedua,



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

Pihak Pertama,



dr. Irayanti, Sp.M(K), MARS.
NIP. 196201231989012001



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG
NOMOR : HK.02.03/II/2.1/3939/2019
TENTANG
TIM PENYUSUN LAPORAN TAHUNAN DAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP)
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka penyusunan Laporan Semester/ Tahunan dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) telah ditetapkan Keputusan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Nomor : HK.02.04/II/3.1/11940/2018 tentang Pembentukan Tim Penyusun Laporan Tahunan dan Laporan Akuntabilitas dan Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2018 Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung ;
- b. bahwa sehubungan dengan adanya perubahan struktur organisasi dan tata kerja Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung perlu dilakukan perubahan Tim Penyusun Laporan Tahunan dan Laporan Akuntabilitas dan Kinerja Instansi Pemerintah Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b perlu menetapkan Tim Penyusun Laporan Tahunan dan LAKIP Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung;
- d. bahwa pembentukan Tim Penyusun Laporan Tahunan dan LAKIP Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur Utama;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi Kolusi dan Nepotisme (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 75, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3851);
2. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4355);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2006 Nomor 26, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4614);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan;
5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 35 Tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Instansi Pemerintah;

6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Instansi Pemerintah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1842);
7. Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK.02.04/1/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : **TIM PENYUSUNAN LAPORAN TAHUNAN DAN LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG.**
- KESATU** : Membentuk Tim Penyusunan Laporan Tahunan dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, yang selanjutnya disebut tim yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari keputusan Direktur Utama ini.
- KEDUA** : Tim sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU bertugas mengumpulkan bahan, merumuskan dan menyusun Laporan Tahunan dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Tahun Anggaran 2019.
- KETIGA** : Segala biaya yang dikeluarkan atas pelaksanaan kegiatan Tim ini dibebankan pada DIPA Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.
- KEEMPAT** : Pada saat Keputusan Direktur Utama ini mulai berlaku, maka Keputusan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung Nomor HK.02.04/II/3.1/11940/2018 tentang Pembentukan Tim Penyusun Laporan Tahunan dan Laporan Akuntabilitas dan Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2018 Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KELIMA** : Keputusan Direktur Utama ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Bandung
pada tanggal 17 Juni 2019

**DIREKTUR UTAMA
PUSAT MATA NASIONAL
RUMAH SAKIT MATA CICENDO**



LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
PUSAT MATA NASIONAL
RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG
Nomor HK.02.03/II/2.1/3939/2019
TENTANG
TIM PENYUSUN LAPORAN TAHUNAN DAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
PUSAT MATA NASIONAL
RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

TIM PENYUSUN LAPORAN TAHUNAN DAN
LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

Pelindung	: Direktur Utama
Penasehat	: Direktur Keuangan Direktur Medik dan Keperawatan Direktur Umum, SDM dan Pendidikan
Ketua	: Dhany Priasembada, SE
Sekretaris	: Lina Triani, SE
Anggota	:

1. dr. Susanti Natalya Sirait, Sp.M(K), M.Kes
2. dr. Elsa Gustianti, Sp.M(K), M.Kes
3. Otang Somantri, S.Kep
4. dr. Antonia Kartika, Sp.M(K), M.Kes
5. Ir. Budi Utomo, MKM
6. Agus Ruchiyatna, SE, MARS
7. Diah Vitaloka Adam, SE.Ak., M.Ak.
8. Dian Hasanah M, SKp, MM
9. Hatik Arfati, SKM, MM
10. Agus Suhendar, S.ST
11. dr. Rova Virgana, Sp.M(K)
12. Neni Rostieni, S.Kep
13. Yeyen Yeni, SKp, Ners
14. Melina Ulfah, S.Sos
15. Ballada Santi, SKM, MKM
16. Siti Ruhanni Ummayah, SE
17. Kurniasih

DIREKTUR UTAMA
PUSAT MATA NASIONAL
RUMAH SAKIT MATA CICENDO



DIREKTUR UTAMA
PMN RS MATA CICENDO
BANDUNG
IRAYANTI



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG
NOMOR : HK.02.03/II/2.1/3290/2017

T E N T A N G :
PERUBAHAN STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA INSTALASI
DI PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG

DIREKTUR UTAMA PMN RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG :

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan pelayanan di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung dipandang perlu untuk melakukan perubahan struktur organisasi dan tata kerja instalasi-instalasi ;
b. bahwa perubahan struktur organisasi dan tata kerja instalasi tersebut untuk mewujudkan organisasi yang *right sizing* (tepat jumlah, tepat ukuran dan tepat fungsi) ;
c. bahwa perubahan struktur organisasi dan tata kerja instalasi tersebut perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
2. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 045/Menkes/Per/I/2007 tanggal 15 Januari 2007 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung;
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 756/Menkes/SK/VI/2007 tanggal 26 Juni 2007 tentang Penetapan RS. Mata Cicendo Bandung sebagai Badan Layanan Umum;
4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 059/Menkes/SK/I/2007 tanggal 16 Januari 2007 tentang Penetapan RS. Mata Cicendo Bandung sebagai Pusat Mata Nasional;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 258/ Menkes/ Per/ III/ 2008 tanggal 11 Maret 2008 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 045/Menkes/Per/I/2007 tanggal 15 Januari 2007 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung;
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 127/Menkes/SK/V/2014 tanggal 05 Mei 2014 tentang Penetapan RS.Mata Cicendo Bandung sebagai Rumah Sakit Pendidikan;
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : HK.02.03/II/1895/2013 tanggal 25 Oktober 2014 Tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (Hospital Bylaws) Pusat Mata Nasional RS. Mata Cicendo Bandung sebagai Pusat Mata Nasional;
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 64 Tahun 2015 Tantang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan RI.

M E M U T U S K A N

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG TENTANG PERUBAHAN STRUKTUR ORGANISASI DAN TATA KERJA INSTALASI DI PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG;**
- PERTAMA** : Merubah struktur organisasi dan tata kerja instalasi di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung sebagai berikut,
1. Instalasi Kerjasama dihilangkan, selanjutnya tugas pokok dan fungsinya diserahkan kepada Sub Bagian Tata Usaha, Bagian Umum, Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan.
 2. Instalasi Asrama dihilangkan, selanjutnya tugas pokok dan fungsinya diserahkan kepada Sub Bagian Rumah Tangga, Bagian Umum, Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan.

3. Instalasi Diklat dihilangkan, selanjutnya tugas pokok dan fungsinya diserahkan kepada Bagian Diklat dan Litbang, Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan.
 4. Instalasi Rekam Medik dipindahkan dari Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan ke Direktorat Medik dan Keperawatan.
 5. Unit Laundry dan Instalasi Sterilisasi Sentral Rumah Sakit disatukan menjadi Instalasi Sterilisasi Sentral dan Binatu.
 6. Membentuk Instalasi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang berada dibawah Direktorat Umum, SDM dan Pendidikan;
- KEDUA : Struktur organisasi dan tata kerja instalasi di Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung selengkapnya sebagaimana lampiran keputusan ini;
- KETIGA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sambil menunggu penetapan lebih lanjut dari Menteri Kesehatan RI;
- KEEMPAT : Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapannya akan dilakukan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya.

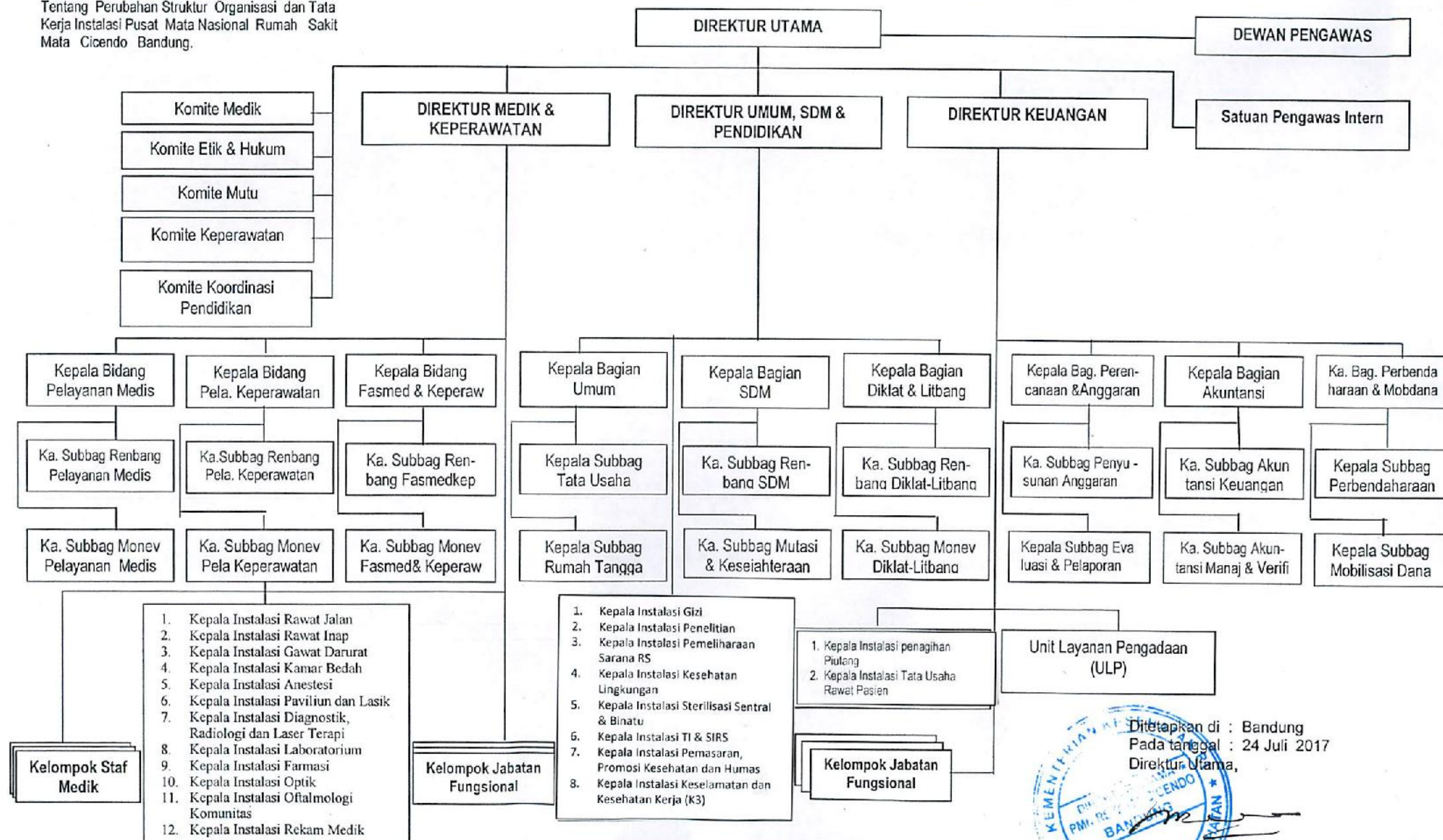
Ditetapkan di : Bandung
Pada tanggal : 24 Juli 2017
Direktur Utama,



RAYANTI
NIP196201231989012001

Lampiran Keputusan Direktur Utama Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Nomor : HK.02.03/II/2.1/3290/2017 tanggal 24 Juli 2017 Tentang Perubahan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Instalasi Pusat Mata Nasional Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung.

STRUKTUR ORGANISASI PUSAT MATA NASIONAL RUMAH SAKIT MATA CICENDO BANDUNG



Ditetapkan di : Bandung
Pada tanggal : 24 Juli 2017
Direktur Utama,

IRANTI
NIP.196201231989012001

**KERTAS KERJA EVALUASI
AKUNTABILITAS KINERJA UNIT KERJA (ESELON II, SATKER)**

NAMA SATKER : RS MATA CICENDO

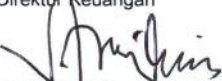
NO	KOMPONEN/SUB KOMPONEN	ESELON II, SATKER		KETERANGAN (agar diisi apabila evaluator memberikan nilai b s.d e)
		Y / T atau a/b/c/d/e	NILAI	
1	2	3	4	5
A. PERENCANAAN KINERJA (30%)		30,00%	30,00	
I.	PERENCANAAN STRATEGIS (10%)	10,00%	10,00	
a.	PEMENUHAN RENSTRA (2%)	2,00%	2,00	
1	Rencana Strategis (Renstra) telah disusun	a	1	
2	Renstra telah memuat tujuan	y	1	
3	Tujuan/hasil program yang ditetapkan telah dilengkapi dengan ukuran keberhasilan	a	1	
4	Tujuan/hasil program telah disertai dengan target keberhasilannya	a	1	
5	Dokumen Renstra telah memuat sasaran	y	1	
6	Dokumen Renstra telah memuat indikator kinerja sasaran	a	1	
7	Dokumen Renstra telah memuat target tahunan	a	1	
8	Renstra telah menyajikan IKU	a	1	
9	Renstra telah dipublikasikan	y	1	
b.	KUALITAS RENSTRA (5%)	5,00%	5,00	
10	Tujuan/Hasil program telah berorientasi hasil	a	1	
11	Ukuran keberhasilan tujuan (outcome)/Hasil program telah memenuhi kriteria ukuran keberhasilan yang baik	a	1	
12	Sasaran telah berorientasi hasil	a	1	
13	Indikator kinerja sasaran (outcome dan output) telah memenuhi kriteria indikator kinerja yang baik	a	1	
14	Target Kinerja ditetapkan dengan baik	a	1	
15	Program/kegiatan merupakan cara untuk mencapai tujuan/sasaran/hasil program/hasil kegiatan	a	1	
16	Dokumen Renstra telah selaras dengan Dokumen RPJMN/Dokumen Renstra atasannya	a	1	
17	Dokumen Renstra telah menetapkan hal-hal yang seharusnya ditetapkan (dalam kontrak kinerja/tugas fungsi/latar belakang pendirian)	a	1	
c.	IMPLEMENTASI RENSTRA (3%)	3,00%	3,00	
18	Dokumen Renstra digunakan sebagai acuan penyusunan Dokumen Rencana kinerja tahunan	a	1	
19	Target jangka menengah dalam Renstra telah dimonitor pencapaiannya sampai dengan tahun berjalan	a	1	
20	Dokumen Renstra telah direviu secara berkala	a	1	
II.	PERENCANAAN KINERJA TAHUNAN (20%)	20,00%	20,00	
a.	PEMENUHAN PERENCANAAN KINERJA TAHUNAN (4%)	4,00%	4,00	
1	Dokumen perencanaan kinerja tahunan telah disusun	y	1	
2	Perjanjian Kinerja telah disusun	y	1	
3	PK telah menyajikan IKU	a	1	
4	PK telah dipublikasikan	y	1	
5	Rencana Aksi atas Kinerja sudah ada	y	1	
b.	KUALITAS PERENCANAAN KINERJA TAHUNAN (10%)	10,00%	10,00	
6	Sasaran telah <i>berorientasi hasil</i>	a	1	
7	Indikator kinerja sasaran dan hasil program (outcome) telah memenuhi kriteria indikator kinerja yang baik	a	1	
8	Target kinerja ditetapkan dengan baik	a	1	
9	Kegiatan merupakan cara untuk mencapai sasaran	a	1	
10	Dokumen rencana kinerja tahunan telah selaras dengan dokumen pengajuan anggaran	a	1	
11	Dokumen PK telah selaras dengan Renstra	a	1	
12	Dokumen PK telah menetapkan hal hal yang seharusnya ditetapkan (dalam kontrak kinerja/tugas fungsi)	a	1	
13	Rencana Aksi atas Kinerja telah mencantumkan target secara periodik atas kinerja	a	1	

NO	KOMPONEN/SUB KOMPONEN	ESELON II, SATKER		KETERANGAN (agar diisi apabila evaluator memberikan nilai b s.d e)
		Y / T atau a/b/c/d/e	NILAI	
1	2	3	4	5
14	Rencana Aksi atas Kinerja telah mencantumkan sub kegiatan/komponen rinci setiap periode yang akan dilakukan dalam rangka mencapai kinerja	y	1	
c.	IMPLEMENTASI PERENCANAAN KINERJA TAHUNAN (6.00%)	6,00%	6,00	
15	Rencana kinerja tahunan dimanfaatkan dalam penyusunan anggaran	y	1	
16	Target kinerja yang diperjanjikan telah digunakan untuk mengukur keberhasilan	a	1	
17	Rencana Aksi atas Kinerja telah dimonitor pencapaiannya secara berkala	a	1	
18	Rencana Aksi telah dimanfaatkan dalam pengarah dan pengorganisasian kegiatan	a	1	
19	Perjanjian Kinerja telah dimanfaatkan untuk penyusunan (identifikasi) kinerja sampai kepada tingkat eselon III dan IV	a	1	
	B. PENGUKURAN KINERJA (25%)	25,00%	25,00	
I.	PEMENUHAN PENGUKURAN (5%)	5,00%	5,00	
1	Telah terdapat indikator kinerja utama (IKU) sebagai ukuran kinerja secara formal	y	1	
2	Telah terdapat ukuran kinerja tingkat eselon III dan IV sebagai turunan kinerja atasannya	a	1	
3	Terdapat mekanisme pengumpulan data kinerja	a	1	
4	Indikator Kinerja Utama telah dipublikasikan	y	1	
II.	KUALITAS PENGUKURAN (12.5%)	12,50%	12,50	
5	IKU telah memenuhi kriteria indikator yang baik	a	1	
6	IKU telah <i>cukup untuk mengukur</i> kinerja	a	1	
7	IKU unit kerja telah selaras dengan IKU IP	a	1	
8	Ukuran (Indikator) kinerja eselon III dan IV telah memenuhi kriteria indikator kinerja yang baik	a	1	
9	Indikator kinerja eselon III dan IV telah selaras dengan indikator kinerja atasannya	a	1	
10	Sudah terdapat ukuran (indikator) kinerja individu yang mengacu pada IKU unit kerja organisasi/atasannya	a	1	
11	Pengukuran kinerja sudah dilakukan secara berjenjang	a	1	
12	Pengumpulan data kinerja dapat diandalkan	a	1	
13	Pengumpulan data kinerja atas Rencana Aksi dilakukan secara berkala (bulanan/triwulan/semester)	y	1	
14	Pengukuran kinerja sudah dikembangkan menggunakan teknologi informasi	y	1	
III.	IMPLEMENTASI PENGUKURAN (7.5%)	7,50%	7,50	
15	IKU telah dimanfaatkan dalam dokumen-dokumen perencanaan dan penganggaran	a	1	
16	IKU telah dimanfaatkan untuk penilaian kinerja	a	1	
17	Target kinerja eselon III dan IV telah dimonitor pencapaiannya	a	1	
18	Hasil pengukuran (capaian) kinerja mulai dari setingkat eselon IV keatas telah dikaitkan dengan (dimanfaatkan sebagai dasar pemberian) <i>reward & punishment</i>	a	1	
19	IKU telah <i>direviu secara berkala</i>	a	1	
20	Pengukuran kinerja atas Rencana Aksi digunakan untuk pengendalian dan pemantauan kinerja secara berkala	a	1	
	C. PELAPORAN KINERJA (15%)	15,00%	15,00	
I.	PEMENUHAN PELAPORAN (3%)	3,00%	3,00	
1	Laporan Kinerja telah disusun	y	1	
2	Laporan Kinerja telah disampaikan tepat waktu	y	1	
3	Laporan Kinerja telah dipublikasikan	y	1	
4	Laporan Kinerja menyajikan informasi mengenai pencapaian IKU	a	1	

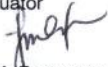
NO	KOMPONEN/SUB KOMPONEN	ESELON II, SATKER		KETERANGAN (agar diisi apabila evaluator memberikan nilai b s.d e)
		Y / T atau a/b/c/d/e	NILAI	
1	2	3	4	5
II.	PENYAJIAN INFORMASI KINERJA (7.5%)	7,50%	7,50	
5	Laporan Kinerja menyajikan informasi pencapaian sasaran yang berorientasi outcome	a	1	
6	Laporan Kinerja menyajikan informasi mengenai kinerja yang telah diperjanjikan	a	1	
7	Laporan Kinerja menyajikan evaluasi dan analisis mengenai capaian kinerja	a	1	
8	Laporan Kinerja menyajikan perbandingan data kinerja yang memadai antara realisasi tahun ini dengan realisasi tahun sebelumnya dan perbandingan lain yang diperlukan	a	1	
9	Laporan Kinerja menyajikan informasi tentang analisis efisiensi penggunaan sumber daya	a	1	
10	Laporan Kinerja menyajikan informasi keuangan yang terkait dengan pencapaian sasaran kinerja instansi	a	1	
11	Informasi Kinerja dalam Laporan Kinerja dapat diandalkan	a	1	
III.	PEMANFAATAN INFORMASI KINERJA (4.5%)	4,50%	4,50	
12	Informasi Kinerja telah digunakan dalam pelaksanaan evaluasi akuntabilitas kinerja	y	1	
13	Informasi yang disajikan <i>telah digunakan dalam perbaikan perencanaan</i>	a	1	
14	Informasi yang disajikan telah <i>digunakan untuk menilai dan memperbaiki pelaksanaan program dan kegiatan organisasi</i>	a	1	
15	Informasi yang disajikan <i>telah digunakan untuk peningkatan kinerja</i>	a	1	
	D. EVALUASI INTERNAL (10%)	10,00%	10,00	
I.	PEMENUHAN EVALUASI (2%)	2,00%	2,00	
1	<i>Terdapat pemantauan mengenai kemajuan</i> pencapaian kinerja beserta hambatannya	y	1	
2	<i>Evaluasi program</i> telah dilakukan	y	1	
3	Evaluasi atas pelaksanaan Rencana Aksi telah dilakukan	a	1	
4	<i>Hasil evaluasi telah disampaikan dan dikomunikasikan</i> kepada pihak-pihak yang berkepentingan	a	1	
II.	KUALITAS EVALUASI (5%)	5,00%	5,00	
5	Evaluasi <u>program</u> dilaksanakan dalam rangka menilai keberhasilan program	a	1	
6	Evaluasi <u>program</u> telah memberikan rekomendasi-rekomendasi perbaikan perencanaan kinerja yang dapat dilaksanakan	a	1	
7	Evaluasi <u>program</u> telah memberikan rekomendasi-rekomendasi peningkatan kinerja yang dapat dilaksanakan	a	1	
8	Pemantauan <u>Rencana Aksi</u> dilaksanakan dalam rangka mengendalikan kinerja	a	1	
9	Pemantauan <u>Rencana Aksi</u> telah memberikan alternatif perbaikan yang dapat dilaksanakan	a	1	
III.	PEMANFAATAN EVALUASI (3%)	3,00%	3,00	
10	Hasil evaluasi <u>program</u> telah ditindaklanjuti untuk perbaikan pelaksanaan program di masa yang akan datang	a	1	
11	Hasil evaluasi <u>Rencana Aksi</u> telah ditindaklanjuti dalam bentuk langkah-langkah nyata	a	1	

NO	KOMPONEN/SUB KOMPONEN	ESELON II, SATKER		KETERANGAN (agar diisi apabila evaluator memberikan nilai b s.d e)
		Y / T atau a/b/c/d/e	NILAI	
1	2	3	4	5
E. PENCAPAIAN SASARAN/KINERJA ORGANISASI (20%)		16,50%	16,50	
I. KINERJA YANG DILAPORKAN (OUTPUT) (10%)		8,00%	8,00	
1	Target dapat dicapai	b	1,5	102,66
2	Capaian kinerja lebih baik dari tahun sebelumnya	c	0,5	101,00
3	Informasi mengenai kinerja dapat diandalkan	a	2	
II. KINERJA DARI PENILAIAN STAKEHOLDER (10%)		8,50%	8,50	
4	Kinerja Pengelolaan Laporan Keuangan dan Laporan Kinerja	y	1	
5	Kinerja Manajemen Internal	c	0,5	Belum mendapatkan predikat WBK dan WBBM dari Kemenpan
6	Penilaian LAKIP tahun sebelumnya	a	1	98,07
7	Kinerja Transparansi	y	1	
8	Kinerja/Penghargaan Lainnya	y	2	
9	Kinerja Perencanaan Penganggaran	y	1	
10	Ketaatan Tindak Lanjut LHA s/d Periode SAKIP	y	1	
11	Temuan KN s/d periode SAKIP	t	0	s.d periode sakip 31/12/2018 masih terdapat saldo sebesar Rp18.600.000
12	Tindak lanjut Hasil Evaluasi SAKIP tahun sebelumnya	y	1	
HASIL EVALUASI AKUNTABILITAS KINERJA (100%)		96,50%	96,50	

RS Mata Nasional Cicendo Bandung
Direktur Keuangan

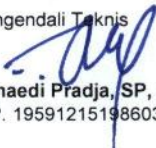

Ayi Wagiaty Sari, SE, MM
NIP. 196511081991032002

Bekasi, 23 April 2019
Evaluators


Indah Purnama Juwita
NIP. 197906152014022001

Ketua Tim

Abdul Malek, SKM, MM
NIP. 197405202006041002

Pengendali Teknis

Sunaedi Pradja, SP, M.Kes, CFA
NIP. 195912151986031003