



## 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 : I KETUT LAWА ADIYANA, S.Sos.,MKM

Jabatan : KASUBAG UMUM

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : I DEWA MADE SUYASA, S.Sos., MAP

Jabatan : KABAG TATA USAHA

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

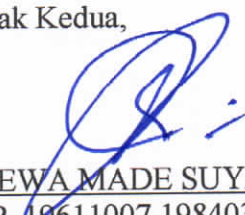
Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

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.

Denpasar, 1 Juli 2019

Pihak Kedua,

Pihak Pertama,

  
I DEWA MADE SUYASA, S.Sos., MAP  
NIP. 19611007 198403 1 010

  
I KETUT LAWА ADIYANA, S.Sos.,MKM  
NIP. 19600425 199003 1 007

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2018**  
**RUMAH SAKIT MATA BALI MANDARA PROVINSI BALI**

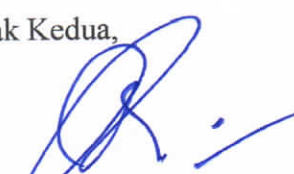
| No  | Sasaran                                                                          | Indikator Kinerja                                                                             | Target           |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| (1) | (2)                                                                              | (3)                                                                                           | (4)              |
| 1.  | Meningkatnya jumlah pelayanan kesehatan pada RS. Mata Bali Mandara Provinsi Bali | 1.1. Frekuensi pemeliharaan sarana dan prasaranan non medis                                   | 100%             |
|     |                                                                                  | 1.2. Jumlah pengadaan bahan non medis                                                         | 2 paket          |
|     |                                                                                  | 1.3. Jumlah pengadaan alat non medis                                                          | 5 paket          |
|     |                                                                                  | 1.4. Presentase barang daerah yang dipelihara dan dikelola dengan baik                        | 100%             |
|     |                                                                                  | 1.5. Persentase surat masuk yang dapat dilayani sesuai dengan SPO                             | 100%             |
|     |                                                                                  | 1.6. Persentase naskah dinas yang terdokumentasi dengan baik                                  | 80%              |
|     |                                                                                  | 1.7. Presentase draft produk hukum yang terverifikasi dari segi tata naskah                   | 100%             |
| 2.  | Tercapainya Standar Pelayanan Minimal (SPM) Manajemen di Bagian Tata Usaha       | 2.1. Persentase pemenuhan baku mutu limbah cair (BOD, COD, TSE,PH)                            | 100%             |
|     |                                                                                  | 2.2. Frekuensi pengiriman limbah padat medis per tahun                                        | 100%             |
|     |                                                                                  | 2.3. Frekuensi pemeriksaan berkala air bersih                                                 | 100%             |
|     |                                                                                  | 2.4. Surat Keputusan Direktur tentang penetapan tanggung jawab pengelolaan limbah rumah sakit | 1 SK<br>Direktur |
|     |                                                                                  | 2.5. Presentase tersedianya linen bersih untuk pelayanan                                      | 100%             |
|     |                                                                                  | 2.6. Frekuensi pemantauan pengelolaan limbah cair dalam 1 tahun                               | 100%             |
|     |                                                                                  | 2.7. Jumlah dokumen peraturan internal rumah sakit                                            | Ada              |
|     |                                                                                  | 2.8. Surat Keputusan Direktur tentang penanggung jawab pelayanan laundry                      | Ada              |
|     |                                                                                  | 2.9. Persentase ketepatan waktu penyediaan linen di ruangan rawat inap                        | 100%             |

|   |                                                      |                                                                                             |          |
|---|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|   |                                                      | dan pelayanan                                                                               |          |
|   |                                                      | 2.10. Presentase ketepatan pengelolaan linen infeksius dalam 1 tahun                        | 100%     |
|   |                                                      | 2.11. Persentase kesesuaian rasio ketersediaan jumlah linen berdasarkan jumlah tempat tidur | 3 Set/TT |
|   |                                                      | 2.12. Persentase ketersediaan linen steril untuk kamar operasi                              | 100%     |
|   |                                                      | 2.13. Persentase ketersediaan pelayanan ambulance 24 jam                                    | 100%     |
|   |                                                      | 2.14. Waktu tanggap pelayanan ambulance                                                     | 100%     |
|   |                                                      | 2.15. Surat Keputusan Direktur penanggung jawab pemeliharaan sarana non medis               | Ada      |
|   |                                                      | 2.16. Adanya bengkel kerja                                                                  | Ada      |
|   |                                                      | 2.17. Persentase ketepatan waktu pemeliharaan alat non medis                                | 100%     |
|   |                                                      | 2.18. Adanya kebijakan rumah sakit tentang satuan pengamanan                                | Ada      |
|   |                                                      | 2.19. Persentase ketepatan jadwal pengawasan keamanan Rumah sakit dalam 1 hari              | 100%     |
|   |                                                      | 2.20. Persentase kepuasan pelanggan terhadap pelayanan keamanan                             | 99,9%    |
|   |                                                      | 2.21. Persentase terselenggaranya evaluasi terhadap sistem keamanan                         | 100%     |
|   |                                                      | 2.22. Persentase hari tidak adanya kehilangan barang milik pasien, pengunjung, dan karyawan | 100%     |
|   |                                                      | 2.23. Persentase kamar mandi di ruang rawat inap dengan peralatan pengaman                  | 100%     |
| 3 | Tercapainya kepuasan masyarakat di Bagian Tata Usaha | 3.1. Persentase komplain berhubungan dengan kebersihan                                      | 0,3%     |
|   |                                                      | 3.2. Frekuensi pemeliharaan genset                                                          | 100%     |
|   |                                                      | 3.3. Frekuensi Supervisi ketersediaan APAR, hydrant                                         | 100%     |
|   |                                                      | 3.4. Jumlah laporan gangguan keamanan                                                       | 12       |
|   |                                                      | 3.5. Frekuensi supervisi terhadap pengurus                                                  | 100%     |

|    |                                                                         |                              |    |
|----|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----|
|    |                                                                         | barang persediaan            |    |
| 4. | Meningkatnya tingkat kemandirian keuangan ( <i>cost recovery rate</i> ) | Persentase linen yang hilang | 0% |

Denpasar, 1 Juli 2019

Pihak Kedua,

  
IDEWA MADE SUYASA, S.Sos., MAP  
 NIP. 19611007 198403 1 010

Pihak Pertama,

  
I KETUT LAW A ADIYANA, S.Sos., MKM  
 NIP. 19680425 199003 1 007