Penilaian					Bobot	Penjelasan	Pilihan Jawaban	Jawaban	Nilai	%	Catatan/Keterangan/Penjelasan	Link Bukti Dukung
A	**PENGUNGKIT**				**60.00**				**57.96**	**96.60%**		
	I.	**PEM ENUHAN**			**30.00**				**29.29**	**97.65%**		
		1	**MANAJEMEN PERUBAHAN**		**4.00**				**4.00**	**100.00%**		
			i.	**Penyusunan Tim Kerja**	**0.50**				**0.50**	**100.00%**		
				a. Unit kerja telah membentuk tim untuk melakukan pembangunan Zona Integritas		Ya, jika Tim telah dibentuk di dalam unit kerja.	Ya/Tidak	Ya	1.00		SK Direktur tentang Tim Pembangunan Zona Integritas Menuju WBBM tahun 2023 telah terbit 5 Januari 2023	SK Tim
				b. Penentuan anggota Tim dipilih melalui prosedur/mekanisme yang jelas		a. Jika dengan prosedur/mekanisme yang jelas dan mewakili seluruh unsur dalam unit kerja b. Jika sebagian menggunakan prosedur yang mewakili sebagian besar unsur dalam unit kerja c. Jika tidak di seleksi.	A/B/C	A	1.00		SOP Pemilihan Tim Pembangunan Zona Integritas Menuju Wilayah Birokrasi Bersih dan Melayani (WBBM) telah terbit 2 Januari 2023	a. Undangan Nota Dinas Rapat Penentuan Tim b. SOP penunjukkan Tim
			ii.	**Rencana Pembangunan Zona Integritas**	**1.00**				**1.00**	**100.00%**		
				a. Terdapat dokumen rencana kerja pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM		Ya, jika memiliki rencana kerja pembangunan Zona Integritas.	Ya/Tidak	Ya	1.00		Perdir Direktur tentang Program Kerja WBBM tahun 2023 telah terbit 10 Januari 2023	Program Kerja ZI WBBM
				b. Dalam dokumen pembangunan terdapat target-target prioritas yang relevan dengan tujuan pembangunan WBK/WBBM		a. Jika semua target-target prioritas relevan dengan tujuanpembangunan WBK/WBBM b. Jika sebagian target-target prioritas relevan dengan tujuan pembangunan WBK/WBBM c. Jika tidak ada target-target prioritas yang relevan dengan tujuan pembangunan WBK/WBBM	A/B/C	A	1.00		DPA-APBD 2023 dan RBA-BLUD 2023 telah tersusun dan ditetapkan selaras dengan upaya pencapaian tujuan Pembangunan ZI menuju WBBM	a. Renstra b. Renja c. Cascading Sasaran prioritas dalam Restra dan renja relevan dengan pembangunan WBK/WBBM
				c. Terdapat mekanisme atau media untuk mensosialisasikan pembangunan WBK/WBBM		a. Jika telah dilakukan pengelolaan media/aktivitas interaktif yang efektif untuk mengInformasikan pembangunan ZI kepada internal dan *stakeholder* secara berkala b. Jika pengelolaan media/aktivitas interaktif dilakukan secara terbatas dan tidak secara berkala c. Jika pengelolaan media/aktivitas interaktif belum dilakukan	A/B/C	A	1.00		Kegiatan sosialisasi pembangunan ZI-WBBM telah dilaksanakan dalam forum Rapat Tim ZI, Apel Pagi, Rapat, pertemuan umum Poster, banner, sticker, sign, seputar WBBM dipampangkan secara regular Leaflet seputar WBBM disebiakan secara reguler	a. Media cetak/elektronik sosialisasi WBK/WBBM - Spanduk/Poster - Banner Deklarasi - Leaflet - Sticker - Pin/Logo - Medsos RS - Mars/lagu ZI WBBM - Video Deklarasi ZI WBBM b. Undangan rapat sosialisasi pembangunan WBK/WBBM
			iii.	**Pemantauan dan Evaluasi Pembangunan**	**1.00**				**1.00**	**100.00%**		
				a. Seluruh kegiatan pembangunan sudah dilaksanakan sesuai dengan rencana		a. Jika semua kegiatan pembangunan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana b. Jika sebagian besar kegiatan pembangunan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana c. Jika sebagian kecil kegiatan pembangunan telah dilaksanakan sesuai dengan rencana d. Jika belum ada kegiatan pembangunan yang dilakukan sesuai dengan rencana	A/B/C/D	A	1.00		Rapat Koordinasi, Monitoring dan evaluasi progress pelaksanaan Pembangunan ZI -WBBM dilaksanakan rutin oleh Tim ZI WBBM	Realisasi Kegiatan ZI WBBM Realisasi Renja
				b. Terdapat monitoring dan evaluasi terhadap pembangunan Zona Integritas		a. Jika monitoring dan evaluasi melibatkan pimpinan dan dilakukan secara berkala b. Jika monitoring dan evaluasi melibatkan pimpinan tetapi tidak secara berkala c. Jika monitoring dan evaluasi tidak melibatkan pimpinan dan tidak secara berkala d. Jika tidak terdapat monitoring dan evaluasi terhadap pembangunan zona integritas	A/B/C/D	A	1.00		Rapat Koordinasi, Monitoring dan evaluasi progress pelaksanaan Pembangunan ZI -WBBM dilaksanakan rutin oleh Tim ZI WBBM	Dokumen money
				c. Hasil Monitoring dan Evaluasi telah ditindaklanjuti		a. Jika semua catatan/rekomendasi hasil monitoring dan evaluasi tim internal atas persiapan dan pelaksanaan kegiatan Unit WBK/WBBM telah ditindaklanjuti b. Jika sebagian besar catatan/rekomendasi hasil monitoring danevaluasi tim internal atas persiapan dan pelaksanaan kegiatanUnit WBK/WBBM telah ditindaklanjuti c. Jika sebagian kecil catatan/rekomendasi hasil monitoring dan evaluasi tim internal atas persiapan dan pelaksanaan kegiatan Unit WBK/WBBM telah ditindaklanjuti d. Jika catatan/rekomendasi hasil monitoring dan evaluasi tim internal atas persiapan dan pelaksanaan kegiatan Unit WBK/WBBM belum ditindaklanjuti	A/B/C/D	A	1.00		RTL hasil monev bulanan oleh Tim ZI WBBM ditindaklanjuti pada pelaksanaan kegiatan ZI menuju WBBM di bulan berikutnya oleh pejabat/pegawai unit terkait	a.Dokumentasi adujtasi hasil monev b.Kertas kerja monev/dokumen money/sistem dokumentasi money
			iv.	**Perubahan pola sikir dan budaya kerja**	**1.50**				**1.50**	**100.00%**		
				a. Pimpinan berperan sebagai *role model* dalam pelaksanaan Pembangunan WBK/WBBM		ya, jika pimpinan menjadi contoh pelaksanaan nilai-nilai organisasi.	Ya/Tidak	Ya	1.00		Dokumen Perjanjian Kinerja Direktur dengan Gubernur sudah tersusun Dokumen Perjanjian Kinerja (PK) Pejabat Struktural (eselon IV) telah tersusun Semua unsuar pimpinan/Pejabat struktural melaporkan LHKPN tepat waktu Direktur/ Pejabat struktural memimpin apel pagi secara terjadwal setiap Senin Pagi Rapat koordinasi & Monev Pembangunan ZI-WBBM/Rapat Pengendalian Kinerja telah dilaksanakan dengan melibatkan unsur Pimpinan	a. Bukti Keteladanan pimpinan: - Memimpin Deklarasi ZI WBBM - Perjanjian Kinerja Pejabat Struktural - Ketaatan melapor LHKPN - Direktur pimpin penandatanganan Pakta Integritas - Direktur pimpinan Apel b. Kertas kerja individu/Self Assessment - Self assessment pimpinan c. Testimoni anggota organisasi - Video testimoni
				b. Sudah ditetapkan agen perubahan		a. Jika agen perubahan telah ditetapkan dan berkontribusi terhadap perubahan pada unit kerjanya b. Jika agen perubahan telah ditetapkan namun belum berkontribusi terhadap perubahan pada unit kerjanya c. Jika belum terdapat agen perubahan	A/B/C	A	1.00		Rencana Aksi Agen Perubahan (Agent of change) 2023 telah tersusun Rencana Aksi Agen Perubahan (Agent Of Change) telah dijalankan dengan menggunakan instrument Lembar/form/kertas kerja agen perubahan	a. SK/Surat Penugasan b. Dokumentasi lain : - Program Kerja Agen Perubahan - Money Agen Perubahan - Foto Rapat Koordinasi Agen Perubahan - Ceklist Supervisi Agen Perubahan - Rapat Koordinasi Agen Perubahan
				c. Telah ditangun budaya kerja dan pola pikir di lingkungan organisasi		a. Jika telah dilakukan upaya pembangunan budaya kerja dan pola pikir dan mampu menguranngi resistensi atas perubahan b. Jika telah dilakukan upaya pembangunan budaya kerja dan pola pikir tapi masih terdapat resistensi atas perubahan c. Jika belum terdapat upaya pembangunan budaya kerja dan pola pikir	A/B/C	A	1.00		Terselenggaranya GELAR INOVASI PELAYANAN PUBLIK berbasis PSBH melibatkan Unit2 kerja/pelayanan Evaluasi Pemenuhan 6 Sasaran Keselamatan Pasien telah dijalankan secara reguler - Evaluasi capsian Indikator mutu unit kerja telah dijalankan secara regular	a. Perdir Pedoman Agen Perubahan. b. SOP Budaya Kerja c. Gelar Inovasi d. Pegawai Berintegritas e. Pelatihan dan DIT f. Pembekalan Etika untuk ASN baru g. Surat Edaran Survey Budaya Kerja h. SPO Budaya kerja ASN BerAKHLAK i. Sosialisasi ASN BerAKHLAK
				d. Anggota organisasi terlibat dalam pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM		a. Jika semua anggota terlibat dalam pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM dan usulan-usulan dari anggota diakomodasikan dalam keputusan b. Jika sebagian besar anggota terlibat dalam pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM c. Jika sebagian kecil anggota terlibat dalam pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM d. Jika belum ada anggota terlibat dalam pembangunan Zona Integritas menuju WBK/WBBM	A/B/C/D	A	1.00		Deklarasi tekad bulat WBBM telah dilaksanakan - Mars WBBM, Ikrar Slogan/yel-yel WBBM dan launching penggunaan Atribut Pin WBBM telah dilaksanakan	a. Dokumentasi visual: - Video acara deklarasi WBBM - Foto kegiatan Deklarasi - Pemakaian PIN ZI WBBM - Keterlibatan Dalam Inovasi Pelayanan Publik - Leaflet ASN BerAKHLAK - Banner ASN BerAKHLAK b. Testimoni pelayanan - Video testimoni
		2	**PENATAAN TATALAKSANA**		**3.50**				**2.93**	**83.76%**		
			i.	**Prosedur Operasional Tetap (SOP) Kegiatan Utama**	**1.00**				**0.81**	**80.67%**		
				a. SOP mengacu pada peta proses bisnis instansi		a. Jika semua SOP unit telah mengacu peta proses bisnis dan juga melakukan inovasi yang selaras b. Jika semua SOP unit telah mengacu peta proses bisnis c. Jika sebagian SOP unit telah mengacu peta proses bisnis d. Jika belum terdapat SOP unit yang mengacu peta proses bisnis	A/B/C/D	B	0.67		Katalog SOP terbaru telah terbit berdasarkan hasil Review SOP menyeluruh Dokumen Peta Proses Bisnis Dokumen keterkaitan SOP dengan Peta Proses Bisnis	Peta Proses Bisnis (CEM) Dok. Money Perbis scr berkala Aplikasi terintegrasi sesuai prosis SOP Rekap SOP
				b. Prosedur operasional tetap (SOP) telah diterapkan		a. Jika unit telah menerapkan seluruh SOP yang ditetapkan organisasi dan juga melakukan inovasi pada SOP yang diterapkan b. Jika unit telah menerapkan seluruh SOP yang ditetapkan organisasi c. Jika unit telah menerapkan sebagian besar SOP yang ditetapkan organisasi d. Jika unit telah menerapkan sebagian kecil SOP yang ditetapkan organisasi e. Jika unit belum menerapkan SOP yang telah ditetapkan organisasi	A/B/C/D/E	B	0.75		Supervisi kepatuhan SOP oleh Agen Perubahan/Karu telah dilaksanakan - Supervisi dan evaluasi capaian indikator Mutu, kepatuhan PPI, dan kepatuhan 6 Sasaran Keselamatan Pasien telah dilaksanakan	Sertifikat ISO (2018, 2019, 2020) Undangan Sosalisasi SOP Dokumen pelaksanaan pelayanan ssi SOP (sesuai hasil monitoring berkala) Buku saku SOP masing2 pegawai Penggunaan aplikasi layanan sesuai SOP (screenshot langkah2)

		c.	Prosedur operasional tetap (SOP) telah dievaluasi		a. Jika seluruh SOP utama telah dievaluasi dan telah ditindaklanjuti berupa perbaikan SOP atau usulan perbaikan SOP b. Jika sebagian besar SOP utama telah dievaluasi dan telah ditindaklanjuti berupa perbaikan SOP atau usulan perbaikan SOP c. Jika sebagian besar SOP utama telah dievaluasi tetapi belum ditindaklanjuti d. Jika sebagian kecil SOP utama telah dievaluasi e. Jika SOP belum pernah dievaluasi	A/B/C/D/E	A	1.00		Usulan pembuatan atau revisi SOP telah ditindak lanjuti dan diproses oleh Tim Produk hukum RS Review SOP/Produk Hukum RS telah dilaksanakan	Usul/Nota Dinas pelaksanaan evaluasi Notulen/Laporan hasil evaluasi Revisi SOP
		ii.	**Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik**	**2.00**				**1.75**	**87.50%**			
		a.	Sistem pengukuran kinerja unit sudah menggunakan teknologi informasi		a. Jika unit memiliki sistem pengukuran kinerja (e-*performance* /e-sakip) yang menggunakan teknologi informasi dan juga melakukan inovasi b. Jika unit memiliki sistem pengukuran kinerja (e-*performance* /e-sakip) yang menggunakan teknologi informasi c. Jika belum memiliki sistem pengukuran kinerja (e-*performance* /e-sakip) yang menggunakan teknologi informasi	A/B/C	A	1.00		Aplikasi aplikasi2 GRMS : E-SAKIP, - E-Planning - E-controlling, - E-budgeting - SIM Aset telah diimplementasikan secara regular dlm rangka penatausahaan dan pengukuran minerja unit SIM-RS telah diimplementasikan secara reguler untuk melakukan pengukuran kinerja layanan Aplikasi Mutu Rumah Sakit (SI_IMUT) telah diimplementasikan secara regular untuk mengukur capaian indikator mutu aplikasi PPI (SI MONI BERDIANG) telah diimplementasikan secara reguler untuk mengukur kepatuhan Pencegahan dan pengendalian infeksi RS	screenshoot/link Siranap screenshoot/link Siastis screenshoot/link e-sakip screenshoot/link e-money screenshoot/link e-controlling screenshoot/link e-kinerja internal (Aplikasi SI_Imut)
		b.	Operasionalisasi manajemen SDM sudah menggunakan teknologi informasi		a. Jika unit memiliki operasionalisasi manajemen SDM yang menggunakan teknologi informasi dan juga melakukan inovasi b. Jika unit memiliki operasionalisasi manajemen SDM yang menggunakan teknologi informasi secara terpusat c. Jika belum menggunakan teknologi informasi dalam operasionalisasi manajemen SDM	A/B/C	A	1.00		aplikasi SIMPEG online yang terintegrasi dengan BKD Jateng telah diimplementasikan secara reguler Aplikasi SINAGA bagi ASN : e-presensi,e Cuti, e-ibel; e-mutasi (SIMONCER) telah diimplementasikan reguler telah dikembangkan inovasi Sistem Administrasi dan Pengelolaan pegawai (SADEWA SOEDJARWADI) untuk pengelolaan dan pengukuran kinerja pegawai Non ASN SISDMK dan e-Renkat Kemkes diimplementasikan secara reguler Terlaksananya penyusunan formasi jabatan mll E-Formasi Menpan RB	screenshot/link sinaga/sinita/e-presensi screenshot/link presensi online untuk non ASN screenshot/link simpeg online screenshot/link aplikasi kepegawaian internal/SADEWA
		c.	Pemberian pelayanan kepada publik sudah menggunakan teknologi informasi		a. Jika unit memberikan pelayanan kepada publik dengan menggunakan teknologi informasi terpusat/unit sendiri dan terdapat inovasi b. Jika unit memberikan pelayanan kepada publik dengan menggunakan teknologi informasi secara terpusat c. Jika belum memberikan pelayanan kepada publik dengan menggunakan teknologi informasi	A/B/C	B	0.50		Terlaksanannya penerapan aplikasi-aplikasi IT sbb. : a) SIMRS b) Pendaftaran online c) E-REKAM MEDIK d) E-RECEIPT e) Aplikasi Sistem Antrian Poli (SIAP) f) Anjungan Informasi Mandiri g) Web Resmi RS h) Portal PPID i) Portal Open data j) WBS k) DGJA l) SMS Pengaduan m) SMS Gub n) Laporgub online o) Fb p) Twitter q) Website r) Instagram s) Sujarwadi TV	- Layanan Publik online terintegrasi dalam 1 barcode; - Screenshot/link aplikasi/layanan publik berbasis elektronik;
		d	Telah dilakukan monitoring dan dan evaluasi terhadap pemanfaatan teknologi informasi dalam pengukuran kinerja unit, operasionalisasi SDM, dan pemberian layanan kepada publik		a. Jika laporan monitoring dan evaluasi terhadap pemanfaatan teknologi informasi dalam pengukuran kinerja unit, operasionalisasi SDM, dan pemberian layanan kepada publik sudah dilakukan secara berkala b. Jika laporan monitoring dan evaluasi terhadap pemanfaatan teknologi informasi dalam pengukuran kinerja unit, operasionalisasi SDM, dan pemberian layanan kepada publik sudah dilakukan tetapi tidak secara berkala c. Jika tidak terdapat monitoring dan evaluasi terhadap pemanfaatan teknologi informasi dalam pengukuran kinerja unit, operasionalisasi SDM, dan pemberian layanan kepada publik	A/B/C	A	1.00		Monitoring & Evaluasi Penerapan SIM RS dan aplikasi Internal RS lainnya telah dilaksanakan secara regular Evaluasi penerapan Rekapitulasi presensi online telah dilaksanakan secara regular evaluasi penerapan GRMS dan tindak lanjut telah dilaksanakan secara regular	-Undangan/Nota Dinas Monev TI -Notulen/Laporan hasil monev TI -Revisi kebijakan/pengembangaan TI
		iii.	**Keterbukaan Informasi Publik**	**0.50**				**0.38**	**75.00%**			
		a.	Kebijakan tentang keterbukaan informasi publik telah diterapkan		a. Jika sudah terdapat Pejabat Pengelola Informasi Publik (PPID) yang menyerbarkan seluruh informasi yang dapat diakses secara mutakhir dan lengkap b. Jika sudah terdapat PPID yang menyerbarkan sebagian informasi yang dapat diakses secara mutakhir dan lengkap c. Jika belum ada PPID dan belum melakukan penyebaran informasi publik	A/B/C	A	1.00		Mereview/Menerbitkan SK Direktur dan SOP terkait tata kelola keterbukaan informasi publik sesuai kebutuhan Regulasi yang lengkap terkait terkait keterbukaan informasi telah diarsipkan/ disimpan sebagai database Tersedia Daftar Informasi Publik (DIP) 2023 dan Daftar Informasi Dikecualikan 2023 - Tersedia Ruang Pusat Layanan Informasi Publik - Tersedia Video media Sosialisasi Keterbukaan Informasi Publik, Banner-banner sbg media sosialisasi palayanan informasi publik, dan Portal PPID Pelaksana Meraih Penghargaan KIP Award sebagai Badan Publik terbuka (INFORMATIF)	- Keg. ks OPD Pemberntukan PPID Pelaksana; - Daftar informasi publik yg disampaikan kepada publik - Screenshot/link PPID pada Web - Screenshot/link Medsos (Fb, IG, Twitter, dll) - Screenshot/link informasi pada website (profil pengelenggara, profil pelaksana, Standar Pelayanan, Maklumat Pelayanan, pengelolaan pengaduan, dan penilaian kinerja lembaga) - Screenshot/link informasi pendukung operasional pelayanan (aplikasi otomasi proses kerja, keuangan, system pengelolaan pengaduan, SKM dan SDM) - Publikasi informasi publik di ruang publik (anjungan informasi publik) - Scan/foto media informasi lainnya
		b.	Telah dilakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan keterbukaan informasi publik		a. Jika dilakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan keterbukaan informasi publik dan telah ditindaklanjuti b. Jika monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan keterbukaan informasi publik telah dilakukan tetapi belum ditindaklanjuti c. Jika monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan keterbukaan informasi publik belum dilakukan	A/B/C	B	0.50		Rakor Monev PPID Pelaksana telah dilaksanakan dan Tindak lanjuti Laporan register pelayanan informasi public telah disusun berkala ::	-Undangan/Nota Dinas Monev pelaksanaan KIP -Notulen/Laporan hasil monev pelaksanaan KIP -Revisi kebijakan/pengembangaan KIP -Screenshot/link Update informasi -Scceenshot/scan/foto hasil revisi pelaksanaan KIP
	3	**PENATAAN SISTEM MANAJEMEN SDM APARATUR**		**5.00**				**4.86**	**97.25%**			
		i.	**Perencanaan Kebutuhan Pegawai sesuai dengan Kebutuhan Organisasi**	**0.25**				**0.25**	**100.00%**			
		a.	Kebutuhan pegawai yang disusun oleh unit kerja mengacu kepada peta jabatan dan hasil analisis beban kerja untuk masing-masing jabatan		Ya, jika kebutuhan pegawai yang disusun oleh unit kerja mengacu kepada peta jabatan dan hasil analisis beban kerja untuk masing-masing jabatan.	Ya/Tidak	Ya	1.00		Dokumen ABK dan penghitungan kebutuhan SDM telah disusun Peta Jabatan dalam e formasi telah disusun Laporan renbut 2023 dan Usulan formasi ASN 2023 dilaksanakan	a. Peta jabatan b. ABK e-Formasi c. Renbut Kemkes
		b.	Penempatan pegawai hasil rekrutmen murni mengacu kepada kebutuhan pegawai yang telah disusun per jabatan		a. Jika semua penempatan pegawai hasil rekrutmen murni mengacu kepada kebutuhan pegawai yang telah disusun per jabatan b. Jika sebagian besar penempatan pegawai hasil rekrutmen murni mengacu kepada kebutuhan pegawai yang telah disusun per jabatan c. Jika sebagian kecil penempatan pegawai hasil rekrutmen murni mengacu kepada kebutuhan pegawai yang telah disusun per jabatan d. Jika penempatan pegawai hasil rekrutmen murni tidak mengacu kepada kebutuhan pegawai yang telah disusun per jabatan	A/B/C/D	A	1.00		Rotasi pegawai berdasarkan Ketentuan tentang Pola Mutasi Internal telah dijalankan	b. SK Penempatan pegawai sesuai formasi
		c.	Telah dilakukan monitoring dan dan evaluasi terhadap penempatan pegawai rekrutmen untuk memenuhi kebutuhan jabatan dalam organisasi telah memberikan perbaikan terhadap kinerja unit kerja		Ya, jika sudah dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap penempatan pegawai hasil rekrutmen untuk memenuhi kebutuhan jabatan dalam organisasi telah memberikan perbaikan terhadap kinerja unit kerja.	Ya/Tidak	Ya	1.00		Tersusunnya laporan monev perbaikan kinerja unit setelah penempatan pegawai mutasi Terlaksananya penilaian 3 bulan pertama pegawai mutasi oleh atasan langsung	a. Dokumen Hasil monev penempatan pegawai rekrutmen murni b. Penilaian pegawai mutasi
		ii.	**Pola Mutasi Internal**	**0.50**				**0.50**	**100.00%**			

	a.	Dalam melakukan pengembangan karier pegawai, telah dilakukan mutasi pegawai antar jabatan		Ya, jika dilakukan mutasi pegawai antar jabatan sebagai wujud dari pengembangan karier pegawai.	Ya/Tidak	Ya	1.00		Terlaksananya mutasi pegawai antar jabatan dalam rangka BANGKOM dengan mengacu pada Standar kompetensi dan Uraian Jabatan (UJ) dan berdasarkan pola mutasi internal yang telah ditetaokan	a. SK Mutasi Internal pegawai
	b.	Dalam melakukan mutasi pegawai antar jabatan telah memperhatikan kompetensi jabatan dan mengikuti pola mutasi yang telah ditetapkan		a. Jika semua mutasi pegawai antar jabatan telah memperhatikan kompetensi jabatan dan mengikuti pola mutasi yang telah ditetapkan organisasi dan juga unit kerja memberikan pertimbangan terkait hal ini b. Jika semua mutasi pegawai antar jabatan telah memperhatikan kompetensi jabatan dan mengikuti pola mutasi yang telah ditetapkan organisasi c. Jika sebagian besar mutasi pegawai antar jabatan telah memperhatikan kompetensi jabatan dan mengikuti pola mutasi yang telah ditetapkan organisasi d. Jika sebagian kecil semua mutasi pegawai antar jabatan telah memperhatikan kompetensi jabatan dan mengikuti pola mutasi yang telah ditetapkan organisasi e. Jika mutasi pegawai antar jabatan belum memperhatikan kompetensi jabatan dan mengikuti pola mutasi yang telah ditetapkan organisasi	A/B/C/D/E	A	1.00		Mutasi internal pegawai mengacu SKT Jabatan dan pola mutase internal telah dijalankan - Perdir Informasi Jabatan (SKT/UJ), Pedoman Pengorganisasian - Pedoman manajemen SDM	a. Sampel SK Mutasi pegawai berbasis kompetensi (Jabatan Perawat) b. SK Direktur Pola Mutasi Internal c. SOP Mutasi Internal d. Analisa Jabatan (analis) e. Sertifikat Ujikom f. SK Jabatan Fungsional
	c.	Telah dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan mutasi yang telah dilakukan dalam kaitannya dengan perbaikan kinerja		Ya, jika sudah dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan mutasi yang telah dilakukan dalam kaitannya dengan perbaikan kinerja.	Ya/Tidak	Ya	1.00		Tersusunnya laporan money perbaikan kinerja unit setelah penempatan pegawai mutasi Terlaksananya penilaian 3 bulan pertama pegawai mutasi oleh atasan langsung	a. Laporan Money terhadap hasil mutasi pegawai
	iii.	**Pengembangan Pegawai Berbasis Kompetensi**	**1.25**				**1.11**	**89.00%**		
	a.	Unit Kerja melakukan *Training Need Analysis* Untuk pengembangan kompetensi		Ya, jika sudah dilakukan Training Need Analysis Untuk pengembangan kompetensi.	Ya/Tidak	Ya	1.00		Telah disusun Rencana kerja instalasi diklat RSJD dan dan analisis kebutuhan diklat 2023 ntl Sijari on AKD telah disusun SOP AKD telah disusun Rencana BANGKOM	a. Surat Edaran Usulan TNA b. Daftar Usulan TNA c. Pengembangan Kompetensi Jab2023 d. Pengembangan Kompetensi Jab 2022 e. Rekap Rencana Pengembangan 23 f. Rencana Pengembangan 22
	b.	Dalam menyusun rencana pengembangan kompetensi pegawai, telah mempertimbangkan hasil pengelolaan kinerja pegawai		a. Jika semua rencana pengembangan kompetensi pegawai mempertimbangkan hasil pengelolaan kinerja pegawai b. Jika sebagian besar rencana pengembangan kompetensi pegawai mempertimbangkan hasil pengelolaan kinerja pegawai c. Jika sebagian kecil rencana pengembangan kompetensi pegawai mempertimbangkan hasil pengelolaan kinerja pegawai d. Jika belum ada rencana pengembangan kompetensi pegawai yang mempertimbangkan hasil pengelolaan kinerja pegawai	A/B/C/D	A	1.00		Instalasi Diklat menyusun perencanaan pengembangan kompetensi pegawai melalui pengikutsertaan dalam Pelatihan, Bimtek, IHT, Seminar,dll. dengan mempertimbangan capaian SKP dan prestasi khusus individu	a. Surat Edaran Usulan TNA b. Daftar Usulan TNA c. Pengembangan Kompetensi Jab2023 d. Pengembangan Kompetensi Jab 2022 e. Rekap Rencana Pengembangan 23 f. Rencana Pengembangan 22 g. Progam Diklat 23
	c.	Tingkat kesenjangan kompetensi pegawai yang ada dengan standar kompetensi yang ditetapkan untuk masing-masing jabatan		a. Jika persentase kesenjangan kompetensi pegawai dengan standar kompetensi yang ditetapkan sebesar <25% b. Jika persentase kesenjangan kompetensi pegawai dengan standar kompetensi yang ditetapkan sebesar >25%-50% c. Jika sebagian besar kompetensi pegawai dengan standar kompetensi yang ditetapkan untuk masing-masing jabatan >50% -75% d. Jika persentase kesenjangan kompetensi pegawai dengan standar kompetensi yang ditetapkan sebesar >75%-100%	A/B/C/D	A	1.00		Dokumen Kesenjangan kompetensi telah tersusun	a. Matrika kesenjangan kompetensi pegawai dengan standar - Instalasi Gizi b. Matrika kesenjangan Kompetensi pegawai dengan standar- staf Tata Usaha
	d.	Pegawai di Unit Kerja telah memperoleh kesempatan/hak untuk mengikuti diklat maupun pengembangan kompetensi lainnya		a. Jika seluruh pegawai di Unit Kerja telah memperoleh kesempatan/hak untuk mengikuti diklat maupun pengembangan kompetensi lainnya b. Jika sebagian besar pegawai di Unit Kerja telah memperoleh kesempatan/hak untuk mengikuti diklat maupun pengembangan kompetensi lainnya c. Jika sebagian kecil pegawai di Unit Kerja telah memperoleh kesempatan/hak untuk mengikuti diklat maupun pengembangan kompetensi lainnya d. Jika belum ada pegawai di Unit Kerja telah memperoleh kesempatan/hak untuk mengikuti diklat maupun pengembangan kompetensi lainnya	A/B/C/D	B	0.67		Pengiriman Peserta Pendidikan dan Pelatihan Pegawai telah dijalankan mengacu Rencana kerja Diklat 2023 dan sesuai SOP pengiriman peserta diklat - telah disusun data capaian pengiriman peserta diklat dengan bukti Sertifikat pelatihan/diklt/seminar/Workshop	Kesempatan pengembangan pegawai terbuka lebar : - Rencana Pengembangan Kompetensi pegawai /Program Diklat RS - Telah di susun Daftar TNA23 -Sampel Laporan Diklat Internal/IHT - Surat Edaran Usulan Pengembangan - Sampel Laporan Pelaksanaan Pengembangan
	e.	Dalam pelaksanaan pengembangan kompetensi, unit kerja melakukan upaya pengembangan kompetensi kepada pegawai seperti pengikutsertaan pada lembaga pelatihan, *in-house training*, coaching, atau mentoring)		a. Jika unit kerja melakukan upaya pengembangan kompetensi kepada seluruh pegawai b. Jika unit kerja melakukan upaya pengembangan kompetensi kepada sebagian besar pegawai c. Jika unit kerja melakukan upaya pengembangan kompetensi kepada sebagian kecil pegawai d. Jika unit kerja belum melakukan upaya pengembangan kompetensi kepada pegawai	A/B/C/D	B	0.67		Kegiatan Pengembangan kompetensi pegawai melalui pelatihan internal telah dijalankan telah disusun Dokumen laporan IHT telah disusun Daftar/rekap pelatihan pegawai	Dokumen pengiriman pelatihan, in-house training, coaching, mentoring dalam rangka pengembangan pegawai dan penyediaan anggaran Rekap Bangkom Pegawai Sampel Laporan Diklat Internal/IHT Sampel Laporan Pelaksanaan Pengembangan
	f.	Telah dilakukan monitoring dan evaluasi terhadap hasil pengembangan kompetensi dalam kaitannya dengan perbaikan kinerja		a. Jika monitoring dan evaluasi terhadap hasil pengembangan kompetensi dalam kaitannya dengan perbaikan kinerja telah dilakukan secara berkala b. Jika monitoring dan evaluasi terhadap hasil pengembangan kompetensi dalam kaitannya dengan perbaikan kinerja telah dilakukan namun tidak secara berkala c. Jika monitoring dan evaluasi terhadap hasil pengembangan kompetensi dalam kaitannya dengan perbaikan kinerja belum dilakukan	A/B/C	A	1.00		Laporan Evahasi hasil pengiriman peserta diklat telah disusun	a. Hasil money pengembangan pegawai b. Rekap Pengembangan SDM 2022 c. Laporan Evaluasi Pelaksanaan Diklat d. Laporan Evaluasi Pelaksanaan Diklat22
	iv.	**Penetapan Kinerja Individu**	**2.00**				**2.00**	**100.00%**		
	a.	Terdapat penetapan kinerja individu yang terkait dengan perjanjian kinerja organisasi		a. Jika seluruh penetapan kinerja individu terkait dengan kinerja organisasi serta perjanjian kinerja selaras dengan sasaran kinerja pegawai (SKP) b. Jika sebagian besar penetapan kinerja individu terkait dengan kinerja organisasi c. Jika sebagian kecil penetapan kinerja individu terkait dengan kinerja organisasi d. Jika belum ada penetapan kinerja individu terkait dengan kinerja organisasi	A/B/C/D	A	1.00		Perjanjian Kinerja (PK) utk pejabat structural telah disusun Indikator Kinerja Individu (IKI), Sasaran Kinerja Pegawai untuk JFU&JFT telah dilaksanakan	Penetapan IKI, SKP dan PK (Pejabat Struktural dan Staf)
	b.	Ukuran kinerja individu telah memiliki kesesuaian dengan indikator kinerja individu level diatasnya		a. Jika seluruh ukuran kinerja individu telah memiliki kesesuaian dengan indikator kinerja individu level diatasnya serta menggambarkan *logic model* b. Jika sebagian besar ukuran kinerja individu telah memiliki kesesuaian dengan indikator kinerja individu level diatasnya c. Jika sebagian kecil ukuran kinerja individu telah memiliki kesesuaian dengan indikator kinerja individu level diatasnya d. Jika ukuran kinerja individu belum memiliki kesesuaian dengan indikator kinerja individu level diatasnya	A/B/C/D	A	1.00		Indikator Kinerja Individu (IKI), Sasaran Kinerja pegawai menggunakan aplikasi e-kinerja BKN (Struktural, jfu dan jft) telah disusun	SKP Staf sesuai SKP atasan dan PK
	c.	Pengukuran kinerja individu dilakukan secara periodik		a. Jika pengukuran kinerja individu dilakukan secara bulanan b. Jika pengukuran kinerja individu dilakukan secara triwulanan c. Jika pengukuran kinerja individu dilakukan secara semesteran d. Jika pengukuran kinerja individu dilakukan secara tahunan e. Jika pengukuran kinerja individu belum dilakukan	A/B/C/D/E	A	1.00		Terlatinya hasil Evaluasi penilaian prestasi kerja pegawai oleh atasan langsung (menggunakan aplikasi e-kinerja BKN)	a. Penilaian SKP Bulanan b. Penilaian SKP secara Triwulan
	d.	Hasil penilaian kinerja individu telah dijadikan dasar untuk pemberian *reward*		Ya, jika hasil hasil penilaian kinerja individu telah dijadikan dasar untuk pemberian *reward* (Seperti: pengembangan karir individu, atau penghargaan)	Ya/Tidak	Ya	1.00		Pemberian reward Jasa Pelayanan, TPP (remunerasi), Kenaikan Pangkat/jabatan, SLKS berbasis kinerja, telah dilaksanakan	a. SKP sebagai dasar pemberian TPP, Tanda, Kehormatan SLKS, dll. b. Perhitungan pemotongan TPP berdasarkan kinerja c. Usulan penghargaan Satya lencana d. Usulan penghargaan Pegawai Berintegritas
	v.	**Penegakan Aturan Disiplin/Kode Etik/Kode Perilaku Pegawai**	**0.75**				**0.75**	**100.00%**		

Dokumen tidak ada/ folder kosong

			a.	Aturan disiplin/kode etik/kode perilaku telah dilaksanakan/diimplementasikan		a. Jika unit kerja telah mengimplementasikan seluruh aturan disiplin/kode etik/kode perilaku yang ditetapkan organisasi dan juga membuat inovasi terkait aturan disiplin/kode etik/kode perilaku yang sesuai dengan karakteristik unit kerja b. Jika unit kerja telah mengimplementasikan seluruh aturan disiplin/kode etik/kode perilaku yang ditetapkan organisasi c. Jika unit kerja telah mengimplementasikan sebagian aturan disiplin/kode etik/kode perilaku yang ditetapkan organisasi d. Jika unit kerja belum mengimplementasikan aturan disiplin/kode etik/kode perilaku yang ditetapkan organisasi	A/B/C/D	A	1.00		Regulasi internal tentang Kode Etik RS dan disiplin pegawai telah disusun Penegakan kode etik dan disiplin pegawai telah diimplementasikan mengacu Peraturan perundang-undangan	a. Pelaksanaan aturan disiplin PNS (personal, surat jjin pegawai) b. Pelaksanaan kode etik ISK Tim kode etik) c. Perdir Kode Etik pegawai d. PP 94 Tahun 2021 Disiplin PNS e. Contoh SK Hukdis f. Laporan Hasil Pemeriksaan (LHP) Hukdis g. Inovasi Pedoman Pengelolaan Etik dan Hukum Khas Rumah Sakit h. Surat Ebaran Core Value ASN BerAKHLAK
		vi.	**Sistem Informasi Kepegawaian**	**0.25**				**0.25**	**100.00%**			
			a.	Data informasi kepegawaian unit kerja telah dimutakhirkan secara berkala		a. Jika data informasi kepegawaian unit kerja dapat diakses oleh pegawai dan dimutakhirkan setiap ada perubahan data pegawai b. Jika data informasi kepegawaian unit kerja dapat diakses oleh pegawai dan dimutakhirkan namun secara berkala c. Jika data informasi kepegawaian unit kerja belum dimutakhirkan	A/B/C	A	1.00		Pemutakhiran data pegawai di Simpeg online dan E-File telah dilaksanakan	a. Update data kepegawaian secara berkala (lihat data simpeg) b. e-personal System login (Simpeg BKD Jateng) yang bisa diakses setiap pegawai. c. update data pegawai melalui aplikasi SADEWA Soedjarwadi d. update data melalui SISDMK
	4		**PENGUATAN AKUNTABILITAS**	**5.00**				**5.00**	**100.00%**			
		i.	**Keterlibatan Pimpinan**	**2.50**				**2.50**	**100.00%**			
			a.	Unit kerja telah melibatkan pimpinan secara langsung pada saat penyusunan perencanaan		a. Jika pimpinan selalu terlibat dalam seluruh tahapan penyusunan perencanaan b. Jika pimpinan ikut terlibat dalam sebagian tahapan penyusunan perencanaan c. Jika tidak ada keterlibatan pimpinan dalam penyusunan perencanaan (hanya menandatangani)	A/B/C	A	1.00		Proses perencanaan di Soedjarwadi dimulai dari bawah ke atas (bottom up), setiap tahun secara rutin Urusan Perencanaan mengedarkan form kebutuhan ke semua unit kerja kemudian dikompilasi, hasil kompilasi selanjutnya diserahkan kepada kepala subbag dan seksi untuk dilakukan pencermatan dan penyusunan skala prioritassnya. Usulan prioritas dari subag dan seksi selanjutnya dipaparkan di depan Direktur setelah pengambil keputusan akhir sebagai dasar penyusunan rencana belanja dan anggaran.	-Dokumentasi -Absensi, dan Notulen kegiatan penyusunan perencanaan yang menerangkan kehadiran pimpinan -Surat Keputusan
			b.	Unit kerja telah melibatkan secara langsung pimpinan saat penyusunan penetapan kinerja		a. Jika pimpinan selalu terlibat dalam seluruh tahapan penyusunan perjanjian kinerja b. Jika pimpinan terlibat dalam sebagian tahapan penyusunan perjanjian kinerja c. Jika tidak ada keterlibatan pimpinan dalam penyusunan perjanjian kinerja	A/B/C	A	1.00		Perjanjian kinerja disusun dengan mengacu pada cascading, dalam menyusun indikator kinerja dan target dibahas dan sepakati bersama seluruh struktural yang terdiri dari Direktur, Subag TU, Seksi Pelayanan, Seksi Keperawatan dan Seksi Penunjang.	Undangan Rapat, Absensi, dan Foto kegiatan, penyusunan PK yang menerangkan kehadiran pimpinan serta Berita Acara Pohon Kinerja dan Perjanjian Kinerja Pimpinan.
			c.	Pimpinan memantau pencapaian kinerja secara berkala		a. Jika pimpinan selalu terlibat dalam seluruh pemantauan pencapaian kinerja dan menindaklanjuti hasil pemantauan b. Jika pimpinan unit kerja terlibat dalam seluruh pemantauan pencapaian kinerja tetapi tidak ada tindak lanjut hasil pemantauan c. Jika pimpinan unit kerja terlibat dalam sebagian pemantauan pencapaian kinerja d. Jika tidak ada keterlibatan pimpinan dalam pemantauan pencapaian kinerja	A/B/C/D	A	1.00		Setiap bulan dilakukan rapat pengendalian dipimpin langsung oleh Direktur guna mengevalusi capaian kegiatan. Adapun untuk kegiatan strategis evaluasi dilakukan dengan rakord insidental selain rapat pengendalian bulanan. Selain rapat pengendalian, pemantauan pencapaian kinerja secara berkala juga dilakukan melalui penilaian kinerja pegawai setiap triwulan.	-Surat Keputusan Tim SPIP -Undangan Rapat, Absensi, dan Foto kegiatan Rakor Pengendalian yang menerangkan kehadiran pimpinan
		ii.	**Pengelolaan Akuntabilitas Kinerja**	**2.50**				**2.50**	**100.00%**			
			a.	Dokumen perencanaan kinerja sudah ada		ya, jika unit kerja memiliki dokumen perencanaan kinerja lengkap	Ya/Tidak	Ya	1.00		Dokumen perencanaan lengkap sejak RPJMD, renstras, renja, dll. dan semua dokumen perencanaan dapat diakses oleh seluruh pegawai karena selalu diupload di portal PPID RS.	RPJMD 2018-2023, Rencana Strategis, Rencana Kerja 2022, Rencana Kerja 2022 Perubahan, Rencana Kerja 2023, SK Tim Renstra, Berita Acara Pohon KinerjaLKJIP 2022LKJ 2022 Kasubbag TULKJ Kasi Keperawatan LKJ Kasi Pelayanan LKJ Kasi Penunjang
			b.	Perencanaan kinerja telah berorientasi hasil		ya, jika perencanaan kinerja telah berorientasi hasil	Ya/Tidak	Ya	1.00		Dokumen perencanaan Renja SKPD, RBA 2023,RKO 2023, dan DPA 2023 sdh disusun dan berorientasi hasil dengan mengacu pada Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah tahun sebelumnya dan menurunkan (cascade) dari IKU SKPD	Cascading
			c.	Terdapat penetapan Indikator Kinerja Utama (IKU)		ya, jika unit kerja memiliki IKU	Ya/Tidak	Ya	1.00		IKU SKPD telah disusun dan ditetapkan	Dokumen IKU
			d.	Indikator kinerja telah telah memenuhi kriteria SMART		a. Jika seluruh indikator kinerja telah SMART b. Jika sebagian besar indikator kinerja telah SMART c. Jika sebagian kecil indikator kinerja telah SMART d. Jika belum ada indikator kinerja yang SMART	A/B/C/D	A	1.00		IKU SKPD dan cascading telah disusun dengan kriteria Smart). penyusunan IKU dan cascading melibatkan OPD terkait seperti Dinkes, Bappeda dan 6 RS lainnya.	Cascading dan pemetaan kinerja
			e.	Laporan kinerja telah disusun tepat waktu		Ya, jika unit kerja telah menyusun laporan kinerja tepat waktu	Ya/Tidak	Ya	1.00		Laporan Kinerja Bulanan 2023 telah disusun LKJIP tahun 2022 telah disusun	Dokumen LKJIP dan screenshot esr merupan
			f.	Laporan kinerja telah memberikan informasi tentang kinerja		a. Jika seluruh pelaporan kinerja telah memberikan informasi tentang kinerja b. Jika sebagian pelaporan kinerja belum memberikan informasi tentang kinerja c. Jika seluruh pelaporan kinerja belum memberikan informasi tentang kinerja	A/B/C	A	1.00		Laporan Kinerja Bulanan dan LKJIP tahun 2022 yang diususun tepat waktu. Di dalam laporan menyajikan informasi capaian kinerja tahun berjalan, perbandingan dengan tahun sebelumnya serta perbandingan dengan target nasional atau institusi sejenis lainnya. (sudah menunjukkan informasi kinerja)	Dokumen LKJIP
			g.	Terdapat sistem informasi/mekanisme informasi kinerja		ya, jika terdapat sistem informasi/mekanisme informasi kinerja	Ya/Tidak	Ya	1.00		Aplikasi2 Sistem Informasi Kinerja yang terintegrasi dalam GRMS :- E-SAKIP:- E-Planning;- E-controlling; - E-budgeting; - SIM Aset telah diimplementasikan secara regular.	screenshot e-planning, e-controling dan e-sakip
			h.	Unit kerja telah berupaya meningkatkan kapasitas SDM yang menangani akuntabilitas kinerja		a. Jika seluruh SDM pengelola akuntabilitas kinerja kompeten b. Jika sebagian SDM pengelola akuntabilitas kinerja kompeten c. Jika seluruh SDM pengelola akuntabilitas kinerja belum ada yang kompeten	A/B/C	A	1.00		Pengiriman pegawai/Staf Unit Pemcanaan dan Money, Akuntansi, dan keuangan pada Bimtek/pelatihan /sosialisasi terkait akuntabilitas telah dilaksanakan.	surat undangan pelaksanaan diklat sertifikat diklat terkait akuntabilitas kinerja
	5		**PENGUATAN PENGAWASAN**	**7.50**				**7.50**	**100.00%**			
		i.	**Pengendalian Gratifikasi**	**1.50**				**1.50**	**100.00%**			
			a.	Telah dilakukan *public campaign* tentang pengendalian gratifikasi		a. Jika public campaign telah dilakukan secara berkala b. Jika public campaign dilakukan tidak secara berkala c. Jika belum dilakukan public campaign	A/B/C	A	1.00		Sosialisasi pengendalian gratifikasi di apel pagi/pertemuan/Rapat telah dilaksanakan Sosialisasi pengendalian Gratifikasi pada Orientasi mahasiswa Praktikan Kampanye/ sosialisasi gratifikasi mll Medsos RS, Stiker, leaflet spanduk telah dijalankan reguler Ditampilkannya film karikatur tentang pengendalian gratifikasi di Sujarwadi TV Kegiatan sosialisasi pengedalian gratifikasi pada saat temu pelanggan	- Banner / Poster Gratifikasi - Buku saku memahami gratifikasi - Gratifikasi di website / media sosial - Kegiatan Sosialisasi penerapan pengendalian Gratifikasi
			b.	Pengendalian gratifikasi telah diimplementasikan		a. Jika Unit Pengendalian Gratifikasi, pengendalian gratifikasi telahmenjadi bagian dari prosedur b. Jika Unit Pengendalian Gratifikasi, upaya pengendalian gratifikasi telah mulai dilakukan c. Jika telah membentuk Unit Pengendalian Gratifikasi tetapi belum terdapat prosedur pengendalian d. Jika belum memiliki Unit Pengendalian Gratifikasi	A/B/C/D	A	1.00		Terlaksanasanya laporan gratifikasi unit ke TPG Rumah Sakit	- SK tim upg - laporan gratifikasi secara berkala (TW/Semester) - Surat tugas yang mencantumkan klausul tidak menerima Gratifikasi atau hal-hal lain yang memhatikan bahwa pengendalian Gratifikasi sudah menjadi bagian dari prosedur
		ii.	**Penerapan Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SPIP)**	**1.50**				**1.50**	**100.00%**			
			a.	Telah dibangun lingkungan pengendalian		a. Jika unit kerja membangun seluruh lingkungan pengendalian sesuai dengan yang ditetapkan organisasi dan juga membuat inovasi terkait lingkungan pengendalian yang sesuai dengan karakteristik unit kerja b. Jika unit kerja membangun seluruh lingkungan pengendalian sesuai dengan yang ditetapkan organisasi c. Jika unit kerja membangun sebagian besar lingkungan pengendalian sesuai dengan yang ditetapkan organisasi d. Jika unit kerja membangun sebagian kecil lingkungan pengendalian sesuai dengan yang ditetapkan organisasi e. Jika unit kerja belum membangun lingkungan pengendalian	A/B/C/D/E	A	1.00		Lingkungan pengendalian telah dibangun dan dijalankan regular dibuktikan dengan: - SK Direktur tentang Pembentukan Satgas SPIP - SK Direktur tentang Majelis Kode Etik pegawai - Penandatanganan Perjanjian Kinerja dan SKP - Pakta Integritas Penyelenggaraan Negara Yang Baik - Kode etik Pegawai RSJD Dr RM Soedjarwadi - Rapat Pengendalian - Dokuman RTP Pelaksanaan kegiatan audit dan analisis hasil kegiatan oleh SPI	- SK Tim Satgas SPIP - Dokumen RTP SPIP/MR

			b.	Telah dilakukan penilaian risiko atas pelaksanaan kebijakan		a. Jika unit kerja melakukan penilaian risiko atas seluruh pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang ditetapkan organisasi dan juga membuat inovasi terkait lingkungan pengendalian yang sesuai dengan karakteristik unit kerja; b. Jika unit kerja melakukan penilaian risiko atas seluruh pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang ditetapkan organisasi c. Jika melakukan penilaian risiko atas sebagian besar pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang ditetapkan organisasi d. Jika melakukan penilaian risiko atas sebagian kecil pelaksanaan kebijakan sesuai dengan yang ditetapkan organisasi e. Jika unit kerja belum melakukan penilaian resiko	A/B/C/D/E	A	1.00		Dokumen RTP dan Kebijakan Direktur tentang Kerangka Acuan Manajemen Resiko telah disusun - Kegiatan rapat pengendalian bulanan regular telah dijalankan	- Dokumen RTP SPIP/MR
			c.	Telah dilakukan kegiatan pengendalian untuk meminimalisir risiko yang telah diidentifikasi		a. Jika unit kerja melakukan kegiatan pengendalian untuk meminimalisir resiko sesuai dengan yang ditetapkan organisasi dan juga membuat inovasi terkait kegiatan pengendalian untuk meminimalisir resiko yang sesuai dengan karakteristik unit kerja b. Jika unit kerja melakukan kegiatan pengendalian untuk meminimalisir resiko sesuai dengan yang ditetapkan organisasi c. Jika unit kerja belum melakukan kegiatan pengendalian untuk meminimalisir resiko	A/B/C	A	1.00		Dokumen RTP dan Kebijakan Direktur tentang Kerangka Acuan Manajemen Resiko telah disusun - Kegiatan rapat pengendalian bulanan regular telah dijalankan	Laporan penyelenggaraan per semester terdiri dari : - RTP 2020 - RTP 2021 - RTP 2022 - RTP 2023
			d.	SPI telah diinformasikan dan dikomunikasikan kepada seluruh pihak terkait		a. Jika SPI telah diinformasikan dan dikomunikasikan kepada seluruh pihak terkait b. Jika SPI telah diinformasikan dan dikomunikasikan kepada sebagian pihak terkait c. Jika SPI belum diinformasikan dan dikomunikasikan kepada pihak terkait	A/B/C	A	1.00		sosialisasi SPI/SPIP kepada pegawai melalui media humas dan pada orientasi pegawai baru telah dijalankan	- Dokumen sosialisasi, - surat edaran, - bukti koordinasi/pemantauan pengendalian resiko
		iii.	**Pengaduan Masyarakat**		**1.50**				**1.50**	**100.00%**		
			a.	Kebijakan Pengaduan masyarakat telah diimplementasikan		a. Jika unit kerja mengimplementasikan seluruh kebijakan pengaduan masyarakat sesuai dengan yang ditetapkan organisasi dan juga membuat inovasi terkait pengaduan masyarakat yang sesuai dengan karakteristik unit kerja b. Jika unit kerja telah mengimplementasikan seluruh kebijakan pengaduan masyarakat sesuai dengan yang ditetapkan organisasi c. Jika unit kerja belum mengimplementasikan kebijakan pengaduan masyarakat	A/B/C	A	1.00		Pengelolaan komplain/Keluhan Pelanggan mll hotline pengaduan Masyarakat : SMS Pengaduan, Fb, Twitter, Lapor Ouh online, SMS Ouh, WBS, maupun mll ruang pengaduan telah dijalankan Telah disusun Pedoman dan SOP tentang Pengelolaan komplain/Keluhan Pelanggan telah diterbitkan SK Direktur tentang petugas ruang pengaduan masyarakat Telah diterbitkan SK Direktur tentang pemberlakuan ruang pengaduan masyarakat telah disediakan Kotak saran/pengaduan dan ditempatkan di setiap ruang pelayanan; Telah dilaksanakan penanganan dan penyelesaian Pengaduan Masyarakat	- saluran pengaduan (banner, medsos, nomor hp/wa), - SOP/pedoman penanganan dumas - SK Tim Pengaduan - Inovasi dalam penanganan pengaduan (misal : penggunaan aplikasi, adanya Tim Handling Complaint/TRC /Tim Reaksi Cepat), dll)
			b.	Pengaduan masyarakat ditindaklanjuti		Ya, pengaduan masyaakat ditindaklanjuti	Ya/Tidak	Ya	1.00		Telah dilaksanakan penanganan dan penyelesaian Pengaduan Masyarakat dan dilakukan monev	Rekap aduan masyarakat tahun 2022 Rekap aduan masyarakat tahun 2023
			c.	Telah dilakukan monitoring dan evaluasi atas penanganan pengaduan masyarakat		a. Jika penanganan pengaduan masyarakat dimonitoring dan evaluasi secara berkala b. Jika penanganan pengaduan masyarakat dimonitoring dan evaluasi tetapi tidak secara berkala c. Jika penanganan pengaduan masyarakat belum di monitorinr dan evaluasi	A/B/C	A	1.00		telah dilakukan Monev pengaduan dan disusun Laporan bulanan monev Pengaduan Tahun 2023	Monev aduan masyarakat tahun 2022 Monev aduan masyarakat tahun 2023
			d.	Hasil evaluasi atas penanganan pengaduan masyarakat telah ditindaklanjuti		a. Jika seluruh hasil evaluasi atas penanganan pengaduan telah ditindaklanjuti oleh unit kerja b. Jika sebagian hasil evaluasi atas penanganan pengaduan telah ditindaklanjuti oleh unit kerja c. Jika hasil evaluasi atas penanganan pengaduan belum ditindaklanjuti	A/B/C	A	1.00		Laporan Penanganan Pengaduan tahun 2023 telah disusun - Berita Acara penyelesaian Pengaduan telah disusun	laporan hasil evaluasi aduan masyarakat yang telah ditindaklanjuti - Tahun 2022 - Tahun 2023
		iv.	***Whistle Blowing System***		**1.50**				**1.50**	**100.00%**		
			a.	*Whistle Blowing System* telah diterapkan		a. Jika unit kerja menerapkan seluruh kebijakan *Whistle Blowing System* sesuai dengan yang ditetapkan organisasi dan juga membuat inovasi terkait pelaksanaan *Whistle Blowing System* yang sesuai dengan karakteristik unit kerja b. Jika unit kerja menerapkan kebijakan *Whistle Blowing System* sesuai dengan yang ditetapkan organisasi c. Jika unit kerja belum menerapkan kebijakan *Whistle Blowing System*	A/B/C	A	1.00		Internalisasi WBS mll, banner, Leaflet, Web, sujarwadi TV, dan pertemuan telah dijalankan secar berkesinambungan	- SK Kadin ttg pedoman WBS - SOP WBS - Sosialisasi WBS
			b.	Telah dilakukan evaluasi atas penerapan *Whistle Blowing System*		a. Jika penerapan *Whistle Blowing System* dimonitoring dan evaluasi secara berkala b. Jika penerapan *Whistle Blowing System* dimonitoring dan evaluasi tidak secara berkala c. Jika penerapan *Whistle Blowing System* belum di monitorinr dan evaluasi	A/B/C	A	1.00		Pengelolaan pelaporan WBS telah dijalankan scr regular oleh Tim WBS	Hasil evaluasi secara berkala:- Tahun 2020 ; Tahun 2021 ; Tahun 2022 ; Tahun 2023
			c.	Hasil evaluasi atas penerapan *Whistle Blowing System* telah ditindaklanjuti		a. Jika seluruh hasil evaluasi atas penerapan *Whistle Blowing System* telah ditindaklanjuti oleh unit kerja b. Jika sebagian hasil evaluasi atas penerapan *Whistle Blowing System* telah ditindaklanjuti oleh unit kerja c. Jika hasil evaluasi atas penerapan *Whistle Blowing System* belum ditindaklanjuti	A/B/C	A	1.00		Rapat Koordinasi dan Evaluasi implementasi WBS dijalankan oleh Tim WBS Laporan pengaduan melalui WBS telah dievaluasi dan ditindaklanjuti	TL hasil evaluasi:- Tahun 2020 ; Tahun 2021 ; Tahun 2022 ; Tahun 2023
		v.	**Penanganan Benturan Kepentingan**		**1.50**				**1.50**	**100.00%**		
			a.	Telah terdapat identifikasi/pemetaan benturan kepentingan dalam tugas fungsi utama		a. Jika terdapat identifikasi/pemetaan benturan kepentingan pada seluruh tugas fungsi utama b. Jika terdapat identifikasi/pemetaan benturan kepentingan tetapi pada sebagian besar tugas fungsi utama c. Jika terdapat identifikasi/pemetaan benturan kepentingan tetapi pada sebagian kecil tugas fungsi utama d. Jika belum terdapat identifikasi/pemetaan benturan kepentingan dalam tugas fungsi utama	A/B/C/D	A	1.00		Telah disusun dokumen identifikasi/pemetaan benturan kepentingan dalam tugas fungsi utama	Identifikasi/pemetaan benturan kepentingan:- Tahun 2022; Tahun 2023
			b.	Penanganan Benturan Kepentingan telah disosialisasikan/internalisasi		a. Jika penanganan Benturan Kepentingan disosialisasikan/diinternalisasikan ke seluruh layanan b. Jika penanganan Benturan Kepentingan disosialisasikan/diinternalisasikan ke sebagian besar layanan c. Jika penanganan Benturan Kepentingan disosialisasikan/diinternalisasikan ke sebagian kecil layanan d. Jika penanganan Benturan Kepentingan belum disosialisasikan/diinternalisasikan ke seluruh layanan	A/B/C/D	A	1.00		sosialisasi melalui kegitan orientasi pegawai baru, Apel pagi, buku pedoman Benturan kepentingan, Website, Banner dan leaflet telah dijalankan	Sosialisasi Benturan Kepentingan
			c.	Penanganan Benturan Kepentingan telah diimplementasikan		a. Jika penanganan Benturan Kepentingan diimplementasikan ke seluruh layanan b. Jika penanganan Benturan Kepentingan diimplementasikan ke sebagian besar layanan c. Jika penanganan Benturan Kepentingan diimplementasikan ke sebagian kecil layanan d. Jika penanganan Benturan Kepentingan belum diimplementasikan ke seluruh layanan	A/B/C/D	A	1.00		Rapat Koordinasi Penanganan Benturan Kepentingan oleh Tim Pengelola Benturan kepentingan telah dijalankan - Laporan Kondisi dan penanganan benturan kepentingan Form Surat Pernyataan Benturan Kepentingan	SK Tim benturan kepentingan Pedoman/SOP Benturan Kepentingan
			d.	Telah dilakukan evaluasi atas Penanganan Benturan Kepentingan		a. Jika penanganan Benturan Kepentingan dievaluasi secara berkala oleh unit kerja b. Jika penanganan Benturan Kepentingan dievaluasi tetapi tidak secara berkala oleh unit kerja c. Jika penanganan Benturan Kepentingan belum dievaluasi oleh unit kerja	A/B/C	A	1.00		Tim Penanganan Benturan Kepentingan Melakukan evaluasi atas Penanganan Benturan Kepentingan	Laporan evaluasi penerapan benturan kepentingan secara berkala - Tahun 2020 - Tahun 2021 - Tahun 2022 - Tahun 2023
			e.	Hasil evaluasi atas Penanganan Benturan Kepentingan telah ditindaklanjuti		a. Jika seluruh hasil evaluasi atas Penanganan Benturan Kepentingan telah ditindaklanjuti oleh unit kerja b. Jika sebagian hasil evaluasi atas Penanganan Benturan Kepentingan telah ditindaklanjuti oleh unit kerja c. Jika belum ada hasil evaluasi atas Penanganan Benturan Kepentingan yang ditindaklanjuti unit kerja	A/B/C	A	1.00		Pimpinan RS, Tim Penanganan Benturan Kepentingan, dan unit terkait lainnya menindaklanjuti hasil monev benturan kepentingan	TL laporan hasil evaluasi:- Tahun 2020; Tahun 2021; Tahun 2022; Tahun 2023
	6.	**PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN PUBLIK**			**5.00**				**5.00**	**100.00%**		
		i.	**Standar Pelayanan**		**1.00**				**1.00**	**100.00%**		

			a.	Terdapat kebijakan standar pelayanan		a. Terdapat penetapan Standar Pelayanan terhadap seluruh jenis pelayanan, dan sesuai asas serta komponen standar pelayanan publik yang berlaku b. Terdapat penetapan Standar Pelayanan terhadap sebagian jenis pelayanan, dan sesuai asas serta komponen standar pelayanan publik yang berlaku c. Terdapat penetapan Standar Pelayanan terhadap seluruh jenis pelayanan, namun tidak sesuai asas serta komponen standar pelayanan publik yang berlaku d. Terdapat penetapan Standar Pelayanan terhadap sebagian jenis pelayanan, namun tidak sesuai asas serta komponen standar pelayanan publik yang berlaku e. Standar Pelayanan belum ditetapkan	A/B/C/D/E	A	1.00		Telah diterbitkan Perdir tentang Penetapan Standar Pelayanan di lingkungan RSJD Dr. RM Soedjarwadi	- Peraturan Direktur mengenai Standar Pelayanan di OPD (SK SP UPP). Standar Pelayanan Tahun 2022
			b.	Standar pelayanan telah dimaklumatkan		a. Standar pelayanan telah dimaklumatkan pada seluruh jenis pelayanan dan dipublikasikan di website dan media lainnya b. Standar pelayanan telah dimaklumatkan pada sebagian besar jenis pelayanan dan dipublikasikan minimal di website c. Standar pelayanan telah dimaklumatkan pada sebagian kecil jenis pelayanan dan belum dipublikasikan d. Standar pelayanan belum dimaklumatkan pada seluruh jenis pelayanan dan belum dipublikasikan	A/B/C/D	A	1.00		Standar Pelayanan di lingkungan RSJD Dr. RM Soedjarwadi telah ditetapkan dan dipampangkan di area public secara regular dan mll Website resmi RS Pemampangan Maklumat Pelayanan di lingkungan rumah sakit dan melalui website resmi RS	Dokumentasi Standar Pelayanan pada website (berupa screenshoot), media sosial dan di ruang pelayanan (poster, banner, papan pengumuman,baliho, dll) : - Publikasi Standart Pelayanan di Medsos dan Web - Publikasi Standart Pelayanan di Ruang Pelayanan : - Dokumentasi sosialisasi dan internalisasi SP di OPD (undangan sosialisasi SP, foto kegiatan) - Pemampangan Maklumat Pelayanan di ruang.
			c.	Dilakukan reviu dan perbaikan atas standar pelayanan		a. Dilakukan reviu dan perbaikan atas standar pelayanan dan dilakukan dengan melibatkan stakeholders (antara lain : tokoh masyarakat, akademisi, dunia usaha, dan lembaga swadaya masyarakat), serta memanfaatkan masukan hasil SKM dan pengaduan masyarakat b. Dilakukan reviu dan perbaikan atas standar pelayanan dan dilakukan dengan memanfaatkan masukan hasil SKM dan pengaduan masyarakat, namun tanpa melibatkan stakeholders c. Dilakukan reviu dan perbaikan atas standar pelayanan, namun dilakukan tanpa memanfaatkan masukan hasil SKM dan pengaduan masyarakat, serta tanpa melibatkan stakeholders d. Belum dilakukan reviu dan perbaikan atas standar pelayanan	A/B/C/D	A	1.00		Telah dilakukan reviewatas SPP secar berkala mll FGD dalam Forum Komunikasi Publik/Temu Pelanggan	Hasil reviu atas dokumen SPP, Berita Acara FGD perbaikan/reviu atas SPP, surat undangan, daftar hadir, notulen dan foto dokumentasi FGD. - Hasil reviu atas dokumen SPP, Berita Acara FGD perbaikan/reviu atas SPP, surat undangan, daftar hadir, notulen dan foto dokumentasi FGD. - Laporan Forum Komunikasi Publik 2022
			d.	Telah melakukan publikasi atas standar pelayanan dan maklumat pelayanan		Ya, telah melakukan publikasi atas standar pelayanan dan maklumat pelayanan	Ya/Tidak	Ya	1.00		Standar Pelayanan di lingkungan RSJD Dr. RM Soedjarwadi telah ditetapkan dan dipampangkan di area public secara regular dan mll Website resmi RS Pemampangan Maklumat Pelayanan di lingkungan rumah sakit dan melalui website resmi RS	Publikasi SPP dan maklumat pelayanan pada berbagai media publikasi baik di website, media sosial, media cetak, majalah, baliho, dan ruang pelayanan (poster, banner, brosur, papan pengumuman, dll) - Publikasi Maklumat Pelayanan di Media Sosial - Publikasi Standar Pelayanan di Media Sosial dan Web - Publikasi Standar Pelayanan di Media Sosial - Publikasi Standar Pelayanan di Ruang Pelayanan - Publikasi Maklumat Pelayanan di Ruang Pelayanan - Publikasi Maklumat Pelayanan di Website RS.
		ii.	**Budaya Pelayanan Prima**		**1.00**				**1.00**	**100.00%**		
			a.	Telah dilakukan berbagai upaya peningkatan kemampuan dan/atau kompetensi tentang penerapan budaya pelayanan prima		a. Telah dilakukan pelatihan/sosialisasi pelayanan prima secara berkelanjutan dan terjadwal, sehingga seluruh petugas/pelaksana layanan memiliki kompetensi sesuai kebutuhan jenis layanan serta telah dan terdapat money yang melihat kemampuan/kecakapan petugas/pelaksana layanan b. Telah dilakukan pelatihan/sosialisasi pelayanan prima, dan seluruh petugas/pelaksana layanan memiliki kompetensi sesuai kebutuhan jenis layanan c. Telah dilakukan pelatihan/sosialisasi pelayanan prima, akan tetapi baru sebagian besar petugas/pelaksana layanan memiliki kompetensi sesuai kebutuhan jenis layanan d. Telah dilakukan pelatihan/sosialisasi pelayanan prima namun secara terbatas, sehingga hanya sebagian kecil petugas/pelaksana layanan yang memiliki kompetensi sesuai kebutuhan jenis layanan e. Belum dilakukan pelatihan/sosialisasi pelayanan prima, dan seluruh petugas/pelaksana layanan belum memiliki kompetensi sesuai kebutuhan jenis layanan	A/B/C/D/E	A	1.00		Terlaksanannya pelatihan/IHT budaya kerja, service excelent, Budaya Mutu dan keselamatan Pasien, Pembinaan Mental Spiritual Pegawai	1) Dokumentasi pelatihan/sosialisasi pelayanan prima yang pernah diikuti oleh petugas pelayanan (undangan, Surat Tugas, sertifikat/piagam, foto kegiatan), 2) Matrik profil pelatihan yang pernah diikuti oleh petugas pelayanan, 3) laporan hasil monev - Laporan Dokumentasi IHT Service Excelent 2022
			b.	Informasi tentang pelayanan mudah diakses melalui berbagai media		a. Seluruh Informasi tentang pelayanan dapat diakses secara online (website/media sosial) dan terhubung dengan sistem informasi pelayanan publik nasional b. Seluruh Informasi tentang pelayanan dapat diakses secara online (website/media sosial), namun belum terhubung dengan sistem informasi pelayanan publik nasional c. Seluruh Informasi tentang pelayanan belum online, hanya dapat diakses di tempat layanan (intranet dan non elektronik) d. Informasi tentang pelayanan sulit diakses	A/B/C/D	A	1.00		Informasi Pelayanan telah ditampilkan secara regular di Website, Buku profile, Media Sosial, Media eletronik, Banner, leaflet	Screenshoot website dan media sosial tentang informasi pelayanan publik - Medsos Instagram - Medsos Twitter - Medsos Facebook - Standuk penampangan akses ke layanan pengaduan - Jadwal Dokter di Web RS - Anjungan Informasi Mandiri - Website link Pelayanan Publik
			c.	Telah terdapat sistem pemberian penghargaan dan sanksi bagi petugas pemberi pelayanan		a. Telah terdapat kebijakan pemberian penghargaan dan sanksi yang minimal memenuhi unsur penilaian: disiplin, kinerja, dan hasil penilaian pengguna layanan, dan telah diterapkan secara rutin/berkelanjutan b. Telah terdapat kebijakan pemberian penghargaan dan sanksi yang minimal memenuhi unsur penilaian: disiplin, kinerja, dan hasil penilaian pengguna layanan, namun belum diterapkan secara rutin/berkelanjutan c. Telah terdapat kebijakan pemberian penghargaan dan sanksi, namun belum memenuhi unsur penilaian minimal : disiplin, kinerja, dan hasil penilaian pengguna layanan d. Belum terdapat kebijakan pemberian penghargaan dan sanksi	A/B/C/D	A	1.00		Pemberian penghargaan bagi pegawai berprestasi/berintegritas dengan predikat pegawai teladan/pegawai berintegritas Pemberian Punishment kepada pegawai sesuai peraturan	Dokumen (SK) tentang pemberian reward and punishment bagi petugas pelayanan, SK petugas terbaik atau petugas of the month, foto dokumentasi, piagam, dll. Surat teguran tertulis (SP1, SP2, SP3), BAP, pemberian sanksi, surat pemberhentian. - Perdir Reward, Punishment - Perdir Pegawai Berintegritas 2022 - Rekap Hukuman Disiplin Pegawai. - Laporan Hasil Pemeriksaan dan Pemlanaan Pegawai.
			d.	Telah terdapat sistem pemberian kompensasi kepada penerima layanan bila layanan tidak sesuai standar		a. Telah terdapat sistem pemberian kompensasi bila layanan tidak sesuai standar bagi penerima layanan di seluruh jenis layanan b. Telah terdapat sistem pemberian kompensasi bila layanan tidak sesuai standar bagi penerima layanan di sebagian besar jenis layanan c. Telah terdapat sistem pemberian kompensasi bila layanan tidak sesuai standar bagi penerima layanan di sebagian kecil jenis layanan d. Belum terdapat sistem pemberian kompensasi bila layanan tidak sesuai standar	A/B/C/D	A	1.00		kebijakan dan pelaksanan Pemberian kompensasi bagi pelanggan yang dirugikan karena layanan tidak sesuai standar telah dijalankan	Dokumen SP, dokumentasi pemberian kompensasi, SK yang mengatur tentang pemberian kompensasi. - Perdir Pemberian Kompensasi. - Dokumen Pemberian Kompensasi.
			e.	Terdapat sarana layanan terpadu/terintegrasi		a. Jika seluruh pelayanan sudah dilakukan secara terpadu/terintegrasi b. Jika sebagian besar pelayanan sudah dilakukan secara terpadu/terintegrasi c. Jika sebagian kecil pelayanan sudah dilakukan secara terpadu/terintegrasi d. Jika tidak ada pelayanan yang dilakukan secara terpadu/terintegrasi	A/B/C/D	A	1.00		Pemberian pelayanan mll Unit-unit layanan yang terintegrasi telah dijalankan scr regular melalui SIM RS, CPPT, Nomor antrian digital, Terdapat layanan penunjang yang lengkap, Tersedia Barcode yang terhubung dengan link informasi layanan terintegrasi	Dokumentasi layanan terintegrasi (screenshoot aplikasi/website) dan foto dokumentasi ruang pelayanan terpadu. - Publikasi Layanan Terintegrasi - Barcode Layanan Terintegrasi. - Ruang Layanan Informasi Publik - Aplikasi Antrian SIAP
			f.	Terdapat inovasi pelayanan		a. Jika unit kerja telah memiliki inovasi pelayanan yang berbeda dengan unit kerja lain dan mendekatkan pelayanan dengan masyarakat serta telah direplikasi b. Jika unit kerja telah memiliki inovasi pelayanan yang berbeda dengan unit kerja lain dan mendekatkan pelayanan dengan masyarakat c. Jika unit kerja memiliki inovasi yang merupakan replikasi dan pengembangan dari inovasi yang sudah ada d. Jika unit kerja telah memiliki inovasi akan tetapi merupakan pelaksanaan inovasi dari instansi pemerintah e. Jika unit kerja belum memiliki inovasi pelayanan	A/B/C/D/E	A	1.00		Inovasi pelayanan publik berbasis unit-unit pelayanan dengan prinsip PSBH telah berjalan secara kontinyu yang dipresentasikan dalam event Gelar Inovasi pelayanan publik setiap tahun	Rekap inovasi pelayanan publik yang dimiliki oleh OPD, ringkasan inovasi, penghargaan yang diraih atas inovasi yang dimiliki inasik KIPP Jatengi, Berita Acara Replikasi, Surat Pernyataan Replikasi, Surat permohonan studi tiru : - Gelar inovasi 2023 RSJD Dr. RM. Soedjarwadi - MOU Replikasi Inovasi SI Terpa Daya Jiwa - Surat Pernyataan Replikasi Inovasi SI Terpa Daya Jiwa - Inovasi Pendaftaran Online - Top 40 KIPP
		iii.	**Penyelelaan Pengaduan**		**1.00**				**1.00**	**100.00%**		

			a.	Terdapat media pengaduan dan konsultasi pelayanan yang terintegrasi dengan SP4N-Lapor!		a. Terdapat media konsultasi dan pengaduan secara offline dan online, tersedia petugas khusus yang menangani, dan terintegrasi dengan SP4N-LAPOR! b. Terdapat media konsultasi dan pengaduan secara offline dan online, tersedia petugas khusus yang menangani namun belum terintegrasi dengan SP4N-LAPOR! c. Terdapat media konsultasi dan pengaduan secara offline dan online, namun belum tersedia petugas khusus yang menangani d. Hanya terdapat media konsultasi dan pengaduan secara offline e. Tidak terdapat media konsultasi dan pengaduan	A/B/C/D/E	A	1.00		Kanal aduan yang dimiliki baik secara offline (kotak saran, ruang khusus konsultasi dan pengaduan, buku konsultasi dan pengaduan) maupun online (SMS, WA, email, FB, IG, twitter). SK Petugas khusus pengelola pengaduan dan konsultasi. Media pengaduan terintegrasi dengan SP4N Lapor! (Lapor Gub)	- Kanal Pengaduan - Aplikasi WBS - SK Petugas pengelola pengaduan (Tim Handling Complaint) - Ruang Pengaduan
			b.	Terdapat unit yang mengelola pengaduan dan konsultasi pelayanan		a. Terdapat unit pengelola khusus untuk konsultasi dan pengaduan, serta surat penugasan pengelola SP4N-LAPOR! di level unit kerja b. Terdapat SK pengelola SP4N-LAPOR! di level instansi dan/atau surat penugasan pengelola SP4N-LAPOR! di level unit kerja, namun unit pengelola khusus untuk konsultasi dan pengaduan belum ada c. Belum terdapat unit pengelola khusus untuk konsultasi dan pengaduan, serta belum terdapat SK pengelola SP4N-LAPOR! di level instansi dan/atau surat penugasan pengelola SP4N-LAPOR! di level unit kerja	A/B/C	A	1.00		Telah diterbit SK Petugas Pengaduan dan ruang khusus pengaduan Masyarakat te;ah diterbitkan SK Admin SP4N Lapor!	SK petugas pengelola pengaduan dan konsultasi pelayanan, Ruang konsultasi dan pengaduan. - SK Petugas Pengaduan - SK Tim Handling Complian - Ruang Pengaduan
			c.	Telah dilakukan evaluasi atas penanganan kehilan/masukan dan konsultasi		a. Evaluasi atas penanganan kehilan/masukan dan konsultasi dilakukan secara berkala b. Evaluasi atas penanganan kehilan/masukan dan konsultasi dilakukan tidak berkala c. Belum dilakukan evaluasi penanganan kehilan/masukan dan konsultasi	A/B/C	A	1.00		Money atas penanganan pengaduan masyarakat telah dilakukan secara rutin setiap bulan	Instrumen money, laporan hasil money penanganan pengaduan, dokumen rapat evaluasi pengelolaan pengaduan - Dokumen Rapat Evaluasi Pengenlolaan Pengaduan - Laporan Penanganan Pengaduan Th 2022 - Dokumen rapat evaluasi pengelolaan pengaduan
		iv.	**Penilaian Kepuasan terhadap Pelayanan**		**1.00**				**1.00**	**100.00%**			
			a.	Telah dilakukan survey kepuasan masyarakat terhadap pelayanan		a. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan dilakukan minimal 4 kali dalam setahun b. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan dilakukan minimal 3 kali dalam setahun c. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan dilakukan minimal 2 kali dalam setahun d. Survei kepuasan masyarakat terhadap pelayanan dilakukan minimal 1 kali dalam setahun e. Belum dilakukan survei kepuasan masyarakat terhadap pelaranan	A/B/C/D/E	A	1.00		pelaksanaan Survey Kepuasan Masyarakat secara berkala triwulan dan semesteran	SE pelaksanaan SKM triwulan, Laporan hasil SKM secara berkala - SE Pelaksanaan SKM Tahun 2023. - Laporan SKM Pihak Ke-3 (Triasi) Tahun 2022 - Laporan Hasil SKM TW IV Th 2022. - Laporan Hasil SKM TW III Th 2022 - Laporan Hasil SKM TW II Th 2022 - Laporan Hasil SKM TW I Th 2022
			b.	Hasil survei kepuasan masyarakat dapat diakses secara terbuka		a. Hasil survei kepuasan masyarakat dapat diakses secara online (website, media sosial, dll) dan offline b. Hasil survei kepuasan masyarakat hanya dapat diakses secara offline di tempat layanan c. Hasil survei kepuasan masyarakat tidak dipublikasi	A/B/C	A	1.00		pemampangan hasil survey kepuasan masyarakat yang dapat diakses secara terbuka melalui website dan pemampangan di lingkungan RS	Publikasi nilai IKM secara online (welasite, media sosial) dan offline (di ruang pelayanan, brosur, poster, banner, baliho, dll) - Publikasi Hasil SKM 2022 Online - Publikasi Hasil SKM 2022 Offline
			c.	Dilakukan tindak lanjut atas hasil survei kepuasan masyarakat		a. Jika dilakukan tindak lanjut atas seluruh hasil survei kepuasan masyarakat b. Jika dilakukan tindak lanjut atas sebagian besar hasil survei kepuasan masyarakat c. Jika dilakukan tindak lanjut atas sebagian kecil hasil survei kepuasan masyarakat d. Jika belum dilakukan tindak lanjut atas hasil survei kepuasan masyarakat	A/B/C/D	A	1.00		Money dan tindak lanjut atas hasil survey kepuasan masyarakat telah dilakukan secara rutin setiap tri wulan	Laporan tindak lanjut atas hasil SKM, dokumen rapat tindak lanjut hasil SKM - Laporan Tindak Lanjut Hasil SKM TW IV Th 2022 - Laporan Tindak Lanjut Hasil SKM TW III Th 2022. - Laporan Tindak Lanjut Hasil SKM TW II Th 2022 - Laporan Tindak Lanjut Hasil SKM TW I Th 2022 - Dokumen Rapat Tindak Lanjut
		v.	**Pemanfaatan Teknologi Informasi**		**1.00**				**1.00**	100.00%			
			a.	Telah menerapkan teknologi informasi dalam memberikan pelayanan		a. Terdapat pelayanan yang menggunakan teknologi informasi pada seluruh proses pemberian layanan b. Terdapat pelayanan yang menggunakan teknologi informasi pada sebagian besar proses pemberian layanan c. Terdapat pelayanan yang menggunakan teknologi informasi pada sebagian kecil proses pemberian layanan d. Terdapat pelayanan yang belum menggunakan teknologi informasi pada proses pemberian pelayanan	A/B/C/D	A	1.00		penggunaan IT dalam pelayanan kepada masyarakat telah dijalankan dan terus diupgrade secara berkesinambungan	Foto dokumentasi penggunaan IT dalam pelayanan kepada masyarakat dan screenshoot aplikasi layanan. - SIM RS - Nomor Antrian Digital - Pendaftaran Online - Aplikasi SIAP - Open Data - Tracking ICD
			b.	Telah membangun database pelayanan yang terintegrasi		Ya,jika tela membangun database pelayanan yang terintegrasi	Ya/Tidak	Ya	1.00		penggunaan database pelayanan terintegrasi telah diterapkan diam SIMRS	Screenshoot atau foto dokumentasi penguinaan database pelayanan terintegrasi (contoh : contoh terintegrasi kepegawaian : NIK) - Database Pelayanan SIM RS - Barcode Layanan Terintegrasi
			c.	Telah dilakukan perbaikan secara terus menerus		a. Perbaikan dilakukan secara terus-menerus b. Perbaikan dilakukan tidak secara terus menerus c. Belum dilakukan perbaikan	A/B/C	A	1.00		Monitoring & Evaluasi Penerapan SIM RS dan aplikasi Internal RS lainnya telah dilaksanakan secara regular sebagai dasar upgrading/pengembangan scara kontinyu	Screenshoot Upgrading sistem, perbaikan website/aplikasi pelayanan, dll (menampilkan before and after atau versi 1 s.d terbaru) - Evaluasi SIM RS - Pendaftaran Online Versi Lama dan Versi Baru - WBS Versi Lama dan Versi Baru
II.	**REFORM**				**30.00**				**28.67**	**95.56%**			
	1	**MANAJEMEN PERUBAHAN**			**4.00**				**4.00**	**100.00%**			
		i.	**Komitmen dalam perubahan**		**2.00**				**2.00**	**100.00%**			
			a.	Agen perubahan telah memiliki perubahan yang konkret di Instansi (dalam 1 tahun)		Misalkan dengan kebijakan 1 Agen 1 Perubahan Persentase diperoleh dari Jumlah Perubahan yang dibuat dibagi dengan Jumlah Agen Perubahan	%	100.00%	1.00		Setiap agen perubahan telah melakukan kegiatan supervisi menggunakan form/kertas kerja yang dierpakati dalam Forum Koordinasi Agen Perubahan RS	Ceklist supervisi agen perubahan
				- Jumlah Agen Perubahan			Jumlah	33					
				- Jumlah Perubahan yang dibuat			Jumlah	33					
			b.	Perubahan yang dibuat Agen Perubahan telah terintegrasi dalam sistem manajemen		Perubahan/inovasi yang dibuat telah diintegrasikan dalam sistem manajemen dan dimanfaatkan dalam pelaksanaan tugas/pelayanan	%	100.00%	1.00		Perubahan yang dijalankan oleh agen perubahan merupakan bagian dari supporting system untuk memastikan tusi utama dan tusi pendukung pelayanan dapat berjalan dengan mutu yang baik/sesuai standar	Perubahan/Inovasi terintegrasi
				- Jumlah Perubahan yang dibuat			Jumlah	33					
				- Jumlah Perubahan yang telah diintegrasikan dalam sistem manajemen			Jumlah	33					
		ii.	**Komitmen Pimpinan**		**1.00**				**1.00**	**100.00%**			
				Pimpinan memiliki komitmen terhadap pelaksanaan reformasi birokrasi, dengan adanya target capaian reformasi yang jelas di dokumen perencanaan		a. Target capaian zona integritas sudah ada di dokumen perencanaan unit kerja dan sebagian besar (diatas 80%) sudah tercapai b. Target capaian zona integritas sudah ada di dokumen perencanaan unit kerja dan sebagian (diatas 50%) sudah tercapai c. Target capaian zona integritas sudah ada di dokumen perencanaan unit kerja, namun belum ada yang tercapai (masih dalam tahap pembangunan) d. Target capaian zona integritassudah ada di dokumen perencanaan unit kerja dan sebagian kecil (dibawah 50%) sudah tercapai e. Tidak ada target capaian zona integritasdi dokumen perencanaan unit kerja	A/B/C/D/E	A	1.00		Dokumen Renstra dan Renja SKPD telah mengintegrasikan upaya pencapaian Standar Pelayanan Minimal dalam layanan kesehatan Rumah sakit dengan upaya mewujudkan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih, akuntabel dengan penentuan indikator dan target yang selaras dengan program2 Pembangunan Zona Integritas	Komitmen Pimpinan dalam perencanaan : Capaian
		iii.	**Membangun Budaya Kerja**		**1.00**				**1.00**	**100.00%**			
				Instansi membangun budaya kerja positif dan menerapkan nilai-nilai organisasi dalam pelaksanaan tugas sehari-hari		a. Budaya kerja dan nilai-nilai organisasi telah diinternalisasi ke seluruh anggota organisasi, dan penerapannya dituangkan dalam standar operasional pelaksanaan kegiatan/tugas b. Budaya kerja dan nilai-nilai organisasi telah diinternalisasi ke seluruh anggota organisasi, namun belum dituangkan dalam standar operasional pelaksanaan kegiatan/tugas c. Budaya kerja dan nilai-nilai organisasi telah disusun, namun belum diinternalisasi ke seluruh anggota organisasi d. Belum menyusun budaya kerja dan nilai-nilai organisasi	A/B/C/D	A	1.00		Budaya kerja dan nilai-nilai organisasi Rumah sakit yang selaras dengan Nilai Berakhlak telah disosialisasikan dan diinternalisasi ke seluruh anggota organisasi, dan penerapannya telah dituangkan dalam regulasi internal/SOP	a. Perdir Pedoman Agen Perubahan b. SOP Budaya Kerja c. Gelar Inovasi d. Pegawai Berintegritas e. Pelatihan dan IHT f. Pembekalan Etika untuk ASN baru g. Surat Edaran Survey Budaya Kerja h. SPO Budaya kerja ASN BerAKHLAK
	2	**PENATAAN TATALAKSANA**			**3.50**				**2.17**	**61.95%**			
		i.	**Peta Proses Bisnis Mempengaruhi Penyederhanaan Jabatan**		**0.50**				**0.34**	**67.00%**			

https://drive.google.com/drive/folders/1TJHQEWR22vqlSts5Bhys3CvqKk19bLc

https://drive.go

				Telah disusun peta proses bisnis dengan adanya penyederhanaan jabatan		a. Peta proses bisnis telah disusun dan mempengaruhi penyederhanaan seluruh jabatan b. Peta proses bisnis telah disusun dan mempengaruhi penyederhanaan sebagian besar (lebih dari 50%) jabatan c. Peta proses bisnis telah disusun dan mempengaruhi penyederhanaan sebagian kecil (kurang dari 50%) jabatan d. Peta proses bisnis telah disusun dan belum mempengaruhi penyederhanaan jabatan	A/B/C/D	B	0.67		Peta Proses bisnis telah disusun selaras dengan prinsip penyederhanaan jabatan dan mengacu Peraturan perundang-undang yang mengatur SOTK Rumah Sakit	:Peta Proses Bisnis (CPM)	
		ii.	**Sistem Pemerintahan Berbasis Elektronik**	**1.00**						**0.50**	**50.00%**		
			a.	Implementasi SPBE telah terintegrasi dan mampu mendorong pelaksanaan pelayanan publik yang lebih cepat dan efisien		a. Implementasi SPBE telah terintegrasi dan mampu mendorong pelaksanaan pelayanan publik yang lebih cepat dan efisien b. Implementasi SPBE telah mampu mendorong pelaksanaan pelayanan publik yang lebih cepat dan efisien, namun belum terintegrasi (parsial) c. Implementasi SPBE belum mendorong pelaksanaan pelayanan publik yang lebih cepat dan efisien	A/B/C	B	0.50		implementasi SPBE melalui penggunaan Aplikasi2 pelayanan yang dikembangkan internal berbasis SIMRS telah terbukti mampu memudahkan dan meningkatkan kecepatan pelayanan kepada pelanggan/masyarakat pengguna layanan kesehatan : aplikasi Pendaftaran Online, Aplikasi antrian, E-Rekam Medik, e-receipt, e-sanitasi, telemedisin dll	Implementasi SPBE telah terintegrasi dan mampu mendorong pelaksanaan pelayanan publik yang lebih cepat dan efisien
			b.	Implementasi SPBE telah terintegrasi dan mampu mendorong pelaksanaan pelayanan internal organisasi yang lebih cepat dan efisien		a. Implementasi SPBE telah terintegrasi dan mampu mendorong pelaksanaan pelayanan internal unit kerja yang lebih cepat dan efisien b. Implementasi SPBE telah mampu mendorong pelaksanaan pelayanan internal unit kerja yang lebih cepat dan efisien, namun belum terintegrasi (parsial) c. Implementasi SPBE belum mendorong pelaksanaan pelayanan internal unit kerja yang lebih cepat dan efisien	A/B/C	B	0.50		implementasi SPBE melalui penggunaan Aplikasi2 GRMS Pengelolaan Prov Jateng dan aplikasi internal internal berbasis SIMRS telah terbukti mampumeningkatkan efisiensi, efektifitas dan akuntabilitas manajemen dan administrasi RS	Implementasi SPBE telah terintegrasi dan mampu mendorong pelaksanaan pelayanan internal organisasi yang lebih cepat dan efisien
		iii.	**Transformasi Digital Memberikan Nilai Manfaat**	**2.00**						**1.33**	**66.67%**		
			a.	Transformasi digital pada bidang proses bisnis utama telah mampu memberikan nilai manfaat bagi unit kerja secara optimal		a. Kriteria huruf b telah terpenuhi dan penerapan atau penggunaan dari manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang proses bisnis utama bagi unit kerja telah dilakukan validasi dan evaluasi serta ditindaklanjuti secara berkelanjutan b. Kriteria huruf c telah terpenuhi dan manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang proses bisnis utama telah diterapkan/digunakan oleh unit kerja sesuai dengan sasaran dan target manfaat/dampak c. Kriteria huruf d telah terpenuhi dan manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang proses bisnis utama telah mampu direalisasikan pada unit kerja sesuai dengan sasaran dan target manfaat/dampak d. Kriteria huruf e telah terpenuhi dan kapabilitas prakiraan dan pelacakan terhadap sasaran dan target manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang proses bisnis utama e. Sasaran dan target manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang proses bisnis utama telah direncanakan, didefinisikan, dan ditetapkan	A/B/C/D/E	C	0.50		manfaat/dampak dari transformasi digital melalui penggunaan GRMS Prov Jateng dan Aplikasi internal RS berbasis SIM RS pada bidang proses bisnis utama telah mampu direalisasikan secagan baik pada RSJD sesuai dengan sasaran dan target manfaat/dampak	https://drive.google.com/drive/folders/1dSIu04vBO4TkTOy2Hyw_1x2_4QcDcZLS?usp=share_link
			b.	Transformasi digital pada bidang administrasi pemerintahan telah mampu memberikan nilai manfaat bagi unit kerja secara optimal		a. Kriteria huruf b telah terpenuhi dan penerapan atau penggunaan dari manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang administrasi pemerintahan bagi unit kerja telah dilakukan validasi dan evaluasi serta ditindaklanjuti secara berkelanjutan b. Kriteria huruf c telah terpenuhi dan manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang administrasi pemerintahan telah diterapkan/digunakan oleh unit kerja sesuai dengan sasaran dan target manfaat/dampak c. Kriteria huruf d telah terpenuhi dan manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang administrasi pemerintahan telah mampu direalisasikan pada unit kerja sesuai dengan sasaran dan target manfaat/dampak d. Kriteria huruf e telah terpenuhi dan kapabilitas prakiraan dan pelacakan terhadap sasaran dan target manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang adminisrasi pemerintahan e. Sasaran dan target manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang administrasi pemerintahan telah direncanakan, didefinisikan, dan ditetapkan	A/B/C/D/E	C	0.50		Penggunaan dari manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang administrasi pemerintahan melalui penguasan GRMS Prov Jateng dan pengembangan aplikasi internal berbasis SIM RS telah memberi manfaat dampak/manfaat nyata dalam pencapaian target/sasaran	https://drive.google.com/drive/folders/1XKNwn2WHR62aW0CTVAPARLqCSZVMqQ6?usp=share_link
			c.	Transformasi digital pada bidang pelayanan publik telah mampu memberikan nilai manfaat bagi unit kerja secara optimal		a. Kriteria huruf b telah terpenuhi dan penerapan atau penggunaan dari manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang pelayanan publik bagi unit kerja telah dilakukan validasi dan evaluasi serta ditindaklanjuti secara berkelanjutan b. Kriteria huruf c telah terpenuhi dan manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang pelayanan publik telah diterapkan/digunakan oleh unit kerja sesuai dengan sasaran dan target manfaat/dampak c. Kriteria huruf d telah terpenuhi dan manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang pelayanan publik telah mampu direalisasikan pada unit kerja sesuai dengan sasaran dan target manfaat/dampak d. Kriteria huruf e telah terpenuhi dan kapabilitas prakiraan dan pelacakan terhadap sasaran dan target manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang pelayanan publik e. Sasaran dan target manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang pelayanan publik telah direncanakan, didefinisikan, dan ditetapkan	A/B/C/D/E	A	1.00		Penggunaan dari manfaat/dampak dari transformasi digital pada bidang pelayanan publik melalui pengembangan aplikasi internal berbasis SIM RS telah dilakukan validasi dan evaluasi serta ditindaklanjuti secara berkelanjutan di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi	https://drive.google.com/drive/folders/1mvPkdP58YgeBxTwqkeO_u_deCuCOuC?usp=share_link
	3	**PENATAAN SISTEM MANAJEMEN SDM APARATUR**		**5.00**						**5.00**	**100.00%**		
		i.	**Kinerja Individu**	**1.50**						**1.50**	**100.00%**		
			a.	Ukuran kinerja individu telah berorientasi hasil (*outcome*) sesuai pada levelnya		a. Seluruh ukuran kinerja individu telah berorientasi hasil (*outcome*) sesuai pada levelnya b. Sebagian ukuran kinerja individu telah berorientasi hasil (*outcome*) sesuai pada levelnya c. Tidak ada ukuran kinerja individu yang berorientasi hasil (*outcome*)	A/B/C	A	1.00		Perjanjian Kinerja (PK) utk pejabat structural telah disusun Indikator Kinerja Individu (IKI), Sasaran Kinerja Pegawai untuk JFU&JFT telah disusun dan dilaksanakan dan berorientasi outcome	Ukuran kinerja individu orientasi outcome
		ii.	***Assessment* Pegawai**	**1.50**						**1.50**	**100.00%**		
			a.	Hasil assement telah dijadikan pertimbangan untuk mutasi dan pengembangan karir pegawai		a. Seluruh hasil *assessment* dijadikan dasar mutasi internal dan pengembangan kompetensi pegawai b. Hasil *assessment* belum seluruhnya dijadikan mutasi internal dan pengembangan kompetensi pegawai c. Hasil *assessment* belum dijadikan dasar mutasi internal dan pengembangan kompetensi pegawai	A/B/C	A	1.00		terlaksananya mutasi pegawai antar jabatan dalam rangka BANGKOM dengan mengacu pada Standar kompetensi dan Uraian Jabatan (UJ), hasil assesment penilaian kinerja sikap/perilaku dan berdasarkan pola mutasi internal yang telah ditetapkan	Data assesment pegawai
		iii.	**Pelanggaran Disiplin Pegawai**	**2.00**						**2.00**	**100.00%**		
			a.	Penurunan pelanggaran disiplin pegawai		Persentase pemurunan pelanggaran disiplin pegawai diperoleh dari Jumlah pelanggaran tahun sebelumnya dikurangi Jumlah pelanggaran tahun ini kemudian dibagi dengan Jumlah pelanggaran tahun sebelumnya	%	100.00%	1.00		Pembinaan dan Penegakan hukdis telah diterapkan sesuai ketentuan	Data hukdis
				- Jumlah pelanggaran tahun sebelumnya			Jumlah	1				
				- Jumlah pelanggaran tahun ini			Jumlah	0				
				- Jumlah pelanggaran yang telah diberikan sanksi/hukuman			Jumlah	1				
	4	**PENGUATAN AKUNTABILITAS**		**5.00**						**5.00**			
		i.	**Meningkatnya capaian kinerja unit kerja**	**2.00**						**2.00**	**100.00%**		
				Persentase Sasaran dengan capaian 100% atau lebih		Persentase diperoleh dari Jumlah Sasaran Kinerja yang tercapai 100% atau lebih dibagi dengan Jumlah Sasaran Kinerja	%	100.00%	1.00		presentase sasarn dengan capaian 100% terlihat dalam dokumen LKJIP	Laporan Kinerja Instansi Pemerintah Daerah (LKJIP)
				- Jumlah Sasaran Kinerja			Jumlah	2				
				- Jumlah Sasaran Kinerja yang tercapai 100% atau lebih			Jumlah	2				
		ii.	**Pemberian *Reward and Punishment***	**1.50**						**1.50**	**100.00%**		

				-	Hasil Capaian/Monitoring Perjanjian Kinerja telah dijadikan dasar sebagai pemberian reward and punishment bagi organisasi		a. Seluruh capaian kinerja (Perjanjian Kinerja) merupakan unsur dalam pemberian *reward and punishment* b. Sebagian besar Capaian Kinerja (lebih dari 50% Perjanjian kinerja) merupakan unsur dalam pemberian *reward and punishment* c. Sebagian kecil Capaian Kinerja (kurang dari 50% Perjanjian kinerja) merupakan unsur dalam pemberian *reward and punishment* d. Capaian Kinerja (Perjanjian kinerja) belum menjadi unsur dalam pemberian *reward and punishment*	A/B/C/D	A	1.00		Seluruh capaian kinerja (PK) telah menjadi dasar pemberian reward dan punishment berupa besaran pemeberian TPP (remunerasi) dan juga menjadi pertimbangan dalam pemberian reward/punishment lain spt dalam pemberian penghargaan pegawai teladan, pembinaan pegawai dan penjatuhan hukdis	Daftar Hukuman Disiplin, Daftar Pemotongan TPP, Pemilihan Pegawai Berintegritas, Piagam Pegawai Beritegritas
			iii.	**Kerangka Logis Kinerja**		**1.50**				**1.50**	**100.00%**	
				-	Apakah terdapat penjenjangan kinerja (Kerangka Logis Kinerja) yang mengacu pada kinerja utama organisasi dan dijadikan dalam penentuan kinerja seluruh pegawai?		a. terdapat Kerangka Logis kinerja yang mengacu pada kinerja utama organisasi dan digunakan dalam penjabaran kinerja seluruh pegawai b. terdapat Kerangka Logis kinerja yang mengacu pada kinerja utama organisasi namun belum digunakan dalam penjabaran kinerja seluruh pegawai c. Kerangka Logis kinerja ada namun belum mengacu pada kinerja utama organisasi dan belum digunakan dalam penjabaran kinerja seluruh pegawai d. Kerangka Logis kinerja belum ada	A/B/C/D	A	1.00		Perjanjian Kinerja (PK) utk pejabat structural telah disusun mengacu pada IKU organisasi Indikator Kinerja Individu (IKI), Sasaran Kinerja Pegawai untuk JFU&JFT telah disusun dan dilaksanakan mengacu pada IKU dan PK	Cascading Renstra , Indikator Kinerja Individu (IKI), Indikator Kinerja Utama (IKU), Perjanjian Kinerja, Sasaran Kinerja Pegawai (SKP), Penilaian Prestasi Kerja Pegawai
	5.	**PENGUATAN PENGAWASAN**				**7.50**				**7.50**	**100.00%**	
		i.	**Mekanisme Pengendalian**			**2.50**				**2.50**	**100.00%**	
			-	Telah dilakukan mekanisme pengendalian aktivitas secara berjenjang		a. Terdapat pengendalian aktivitas utama organisasi yang tersistem mulai dari perencanaan, penilaian risiko, pelaksanaan, monitoring, dan pelaporan oleh penanggung jawab aktivitas serta pimpinan unit kerja dan telah menghasilkan peningkatan kinerja, mekanisme kerja baru yang lebih efektif, efisien, dan terkendali b. Terdapat pengendalian aktivitas utama organisasi yang tersistem mulai dari perencanaan, penilaian risiko, pelaksanaan, monitoring, dan pelaporan oleh penanggung jawab aktivitas serta pimpinan unit kerja namun belum berdampak pada peningkatan kinerja unit kerja c.Terdapat pengendalian aktivitas utama organisasi yang tersistem mulai dari perencanaan, penilaian risiko, pelaksanaan, monitoring, dan pelaporan oleh penanggung jawab aktivitas d. Terdapat pengendalian aktivitas utama organisasi tetapi tidak tersistem e. Tidak terdapat pengendalian atas aktivitas utama organisasi	A/B/C/D/E	A	1.00		Rapat pengendalian Kinerja dan anggaran Bulanan oleh Pimpinan telah dilaksanakan secara rutin dengan mengoptimalkan aplikasi IT e-planning, e-controlling, e-penatu, e-budgeting	- Screen shoot aplikasi e-planning, e-budgetin, e-penatausahaan, e-controling pada 1 kegiatan yang sama untuk menunjukkan adanya pengendalian kinerja menggunakan aplikasi GRMS - Notulen/laporan hasil Rapat Pengendalian Operasional yang memuatat penanganan resiko yang tercantum dalam dokumen RTP - Tindak lanjut atas Rapat Pengendalian - Hasil pengendalian resiko - Inovasi perbaikan untuk peningkatan kinerja
		ii.	**Penanganan Pengaduan Masyarakat**			**3.00**	**%**			**3.00**	**100.00%**	
			-	Persentase penanganan pengaduan masyarakat		Penilaian ini menghitung realisasi penanganan pengaduan masyarakat yang harus diselesaikan	%	100.00%	1.00		Penanganan pengaduan masyarakat telah dilaksanakan dengan optimal dengan memanfaatkan kanal pengaduan offline dan online, didukung SDM pengaduan yng di tunjuk secara khusus, dan telah dilakukan pengelolaan dan monev berkelaniutan	Rekaptulasi penanganan pengaduan masyarakat
			-	Jumlah pengaduan masyarakat yang harus ditindaklanjuti			Jumlah	21				- Tahun 2022; Tahun 2023
			-	Jumlah pengaduan masyarakat yang sedang diproses			Jumlah	0				- Tahun 2022; Tahun 2023
			-	Jumlah pengaduan masyarakat yang selesai ditindaklanjuti			Jumlah	21				- Tahun 2022; Tahun 2023
		iii	**Penyampaian Laporan Harta Kekayaan**			**2.00**	**%**			**2.00**	**100.00%**	
			i.	**Penyampaian Laporan Harta Kekayaan Pejabat Negara (LHKPN)**		1.00				1.00		
			-	Persentase penyampaian LHKPN		Kewajiban Penyelenggara Negara untuk melaporkan harta kekayaan diatur dalam: 1. Undang-Undang No. 28 Tahun 1999 2. Undang-Undang No. 30 Tahun 2002 3. Undang-Undang No. 10 Tahun 2015 4. Peraturan Komisi Pemberantasan Korupsi No. 07 Tahun 2016 5. Instruksi Presiden No. 5 Tahun 2004 6. SE MenPANRB No. SE/03/M.PAN/01/2005	%	100.00%	1.00		Penyampaian LHKPN pejabat Struktural telah konsisten tercapai pada prosentase 100 %	Bukti palaporan LHKPN dalam aplikasi e-LHKPN - LHKPN 2020 - LHKPN 2021 - LHKPN 2022
			-	Jumlah yang harus melaporkan			Jumlah	5.00				- LHKPN 2020 - LHKPN 2021 - LHKPN 2022
			-	Kepala satuan kerja			Jumlah	1.00				
			-	Pejabat yang diwajibkan menyampaikan LHKPN			Jumlah	4.00				
			-	Lainnya			Jumlah	0.00				
			-	Jumlah yang sudah melaporkan			Jumlah	5.00				- LHKPN 2020 - LHKPN 2021 - LHKPN 2022
				Penyampaian Laporan Harta Kekayaan Aparatur Sipil Negara (LHKASN)		1.00				1.00		
			-	Persentase penyampaian LHKASN		Penyampaian LHKASN diatur dalam: 1. Undang-Undang No. 28 Tahun 1999 2. Undang-Undang No. 30 Tahun 2002 3. Undang-Undang No. 10 Tahun 2015 4. SE MenPANRB No. 1 Tahun 2015	%	100.00%	1.00		Penyampaian LHKASN pegawai PNS dan PPPK telah konsisten tercapai pada prosentase 100 %	Bukti pelaporan LHKASN dalam aplikasi SIHARKA - LHKASN 2021 - LHKASN 2022 - LHKASN 2023
			-	Jumlah yang harus melaporkan (ASN tidak wajib LHKPN)			Jumlah	301.00				- LHKASN 2021 - LHKASN 2022 - LHKASN 2023
			-	Pejabat administrator (eselon III)			Jumlah	0.00				
			-	Pejabat Penawas (eselon IV)			Jumlah	0.00				
			-	Jumlah Fungsional dan Pelaksana			Jumlah	301.00				
			-	Jumlah yang sudah melaporkan			Jumlah	301.00				- LHKASN 2021 - LHKASN 2022 - LHKASN 2023
	6.	**PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN PUBLIK**				**5.00**				**5.00**	**100.00%**	
		i.	**Upaya dan/atau Inovasi Pelayanan Publik**			**2.50**				**2.50**	**100.00%**	
			a.	Upaya dan/atau inovasi telah mendorong perbaikan pelayanan publik pada: 1. Kesesuaian Persyaratan 2. Kemudahan Sistem, Mekanisme, dan Prosedur 3. Kecepatan Waktu Penyelesaian 4. Kejelasan Biaya/Tarif, Gratis 5. Kualitas Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan 6. Kompetensi Pelaksana/*Web* 7. Perilaku Pelaksana/*Web* 8. Kualitas Sarana dan prasarana 9. Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan		a. Upaya dan/atau inovasi yang dilakukan telah mendorong perbaikan seluruh pelayanan publik yang prima (lebih Cepat dan mudah) b. Upaya dan/atau inovasi yang dilakukan belum seluruhnya memberikan dampak pada perbaikan pelayanan public yang prima (Cepat dan mudah) c. Upaya dan/atau inovasi yang dilakukan belum sesuai kebutuhan d. Belum ada inovasi	A/B/C/D	A	1.00		Inovasi yang dimiliki OPD RSJD dr RM Soedjarwadi mampu mendorong pelayanan prima	Dokumentasi - Rekap Inovasi 2023 - Soedjarwadi Care - SK Implementasi Inovasi 2023 - SK Implementasi Inovasi 2022 - SK Implementasi Inovasi 2021 - SK Implementasi Inovasi 2018-2020
			b.	Upaya dan/atau inovasi pada perijinan/pelayanan telah dipermudah: 1. Waktu lebih cepat 2. Pelayanan Publik yang terpadu 3. Alur lebih pendek/singkat 4.Terintegrasi dengan aplikasi		Persentase diperoleh dari Jumlah perijinan/pelayanan yang telah dipermudah dibagi dengan Jumlah perijinan/pelayanan yang terdata/terdaftar	%	100.00%	1.00			SK daftar pelayanan terbaru dan SK pelayanan sebelumnya sebagai pembanding : - SK jenis pelayanan 2022 - SK jenis layanan 2018 - Standart Pelayanan Tahun 2019 - Standart Pelayanan Tahun 2022
			-	Jumlah perijinan/pelayanan yang terdata/terdaftar			Jumlah	17				- SK jenis layanan 2022 ; Rekap pelayanan yang terdata di OPD
			-	Jumlah perijinan/pelayanan yang telah dipermudah			Jumlah	17				Rekap pelayanan yang dipermudah di OPD: Informasi Klinik RJ di web RS ; Informasi layanan IGD di Web RS ; Informasi layanan RI di Web RS ; Informasi Jadwal Dokter di web RS ; Link akses ke layanan publik ; Pendaftaran Online
		ii.	**Penanganan Pengaduan Pelayanan dan Konsultasi**			**2.50**				**2.50**	**100.00%**	
			-	Penanganan pengaduan pelayanan dilakukan melalui berbagai kanal/media secara responsive dan bertanggung jawab		a. Pengaduan pelayanan dan konsultasi telah diresponden dengan cepat melalui berbagai kanal/media b. Pengaduan pelayanan dan konsultasi telah diresponden dengan cepat melalui kanal/media yang terbatas c. Pengaduan pelayanan dan konsultasi diresponden lambat melalui berbagai kanal/media d. Pengaduan pelayanan dan konsultasi diresponden lambat dan kanal/media terbatas	A/B/C/D	A	1.00		Penanganan pengaduan masyarakat telah dilaksanakan dengan optimal dengan memanfaatkan kanal pengaduan offline dan online, didukung SDM pengaduan yng di tunjuk secara khusus, dan telah dilakukan pengelolaan dan monev berkelanjutan	- Kanal Pengaduan; Rapat Handling Complaint
				TOTAL PENGUNGKIT						**57.96**		
B	**HASIL**					**40.00**				**38.75**	**96.88%**	
	I.	**BIROKRASI YANG BERSIH DAN AKUNTABEL**				**22.50**				**21.25**	**94.44%**	

	a	Nilai Survey Persepsi Korupsi (Survei Eksternal)	17.50	Diisi dengan nilai hasil Survei Eksternal atas Persepsi Anti Korupsi (Indeks Persepsi Anti Korupsi / IPAK)	Nilai (0-4)	**4.00**	17.50		**Survei persepsi Korupsi telah dilaksanakan bulanan mengacu pada ketentuan yg ditetapkan Kemenpan RB dalam pelaksanaan dan pelaporannya**	**Laporan Hasil Survey Zona Integritas (Survey Persepsi Anti Korupsi dan Survey Persepsi Kualitas Pelayanan Publik)**
	b	Capaian Kinerja Lebih Baik dari pada Capaian Kinerja Sebelumnya	5.00	a. Target kinerja utama tercapai lebih dari 100% dan lebih baik dari capaian kinerja utama tahun sebelumnya serta lebih baik dari capaian kinerja nasional/rata-rata capaian kinerja unit yang sejenis; b.Target kinerja utama tercapai 100% dan lebih baik dari capaian kinerja utama tahun sebelumnya; c.Target kinerja utama tercapai 100% atau lebih, namun tidak lebih baik dari capaian kinerja utama tahun sebelumnya; d. Kinerja utama sudah orientasi hasil akan tetapi masih terdapat target kinerja utama yang tidak	A/B/C/D/E	B	3.75		**LKJIP telah menggambarkan progress capaian kinerja 100% dan meningkat**	**LKJIP 2022** **LKJIP 2021**
II.		**PELAYANAN PUBLIK YANG PRIMA**	**17.50**				**17.50**	**100.00%**		
	a	Nilai Persepsi Kualitas Pelayanan (Survei Eksternal)	17.50	Diisi dengan Nilai Hasil Survei Eksternal Kualitas Pelayanan (Indeks Persepsi Kualitas Pelayanan Publik / IPKP)	Nilai (0-4)	**4.00**	17.50		**Survei persepsi Kualitas Pelayanan Publik telah dilaksanakan bulanan mengacu pada ketentuan yg ditetapkan Kemenpan RB dalam pelaksanaan dan pelaporannya**	**Laporan Hasil Survey Zona Integritas (Survey Persepsi Anti Korupsi dan Survey Persepsi Kualitas Pelayanan Publik)**
TOTAL HASIL							**38.75**			
NILAI EVALUASI ZONA INTEGRITAS							**96.71**			

MENTERI PENDAYAGUNAAN APARATUR
NEGARA DAN REFORMASI BIROKRASI
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

TJAHJO KUMOLO