



KEMENTERIAN KESEHATAN
DIREKTORAT PELAYANAN KESEHATAN
RSUP PERSAHABATAN

**LAPORAN
AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
2023**

Jl. Persahabatan Raya No.1,
RT.16/RW.13, Rawamangun, Kec.
Pulo Gadung, Kota Jakarta Timur,
DKI Jakarta - 13230

 (021) 22472222

 info@rsuppersahabatan.co.id

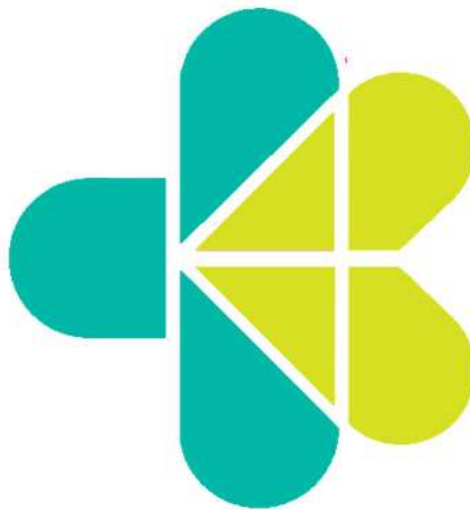
 <https://rsuppersahabatan.co.id/>

 @rsuppersahabatan



RSUP PERSAHABATAN

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA
INSTANSI PEMERINTAH
TAHUN 2023

Jl. Persahabatan Raya No. 1 Jakarta Indonesia
Telp. (62-21) 4891708, 4891745, Faksimile (62-21) 4711222
Pos-el (email): info@rsuppersahabatan.co.id
Web: [www.rsup Persahabatan.co.id](http://www.rsuppersahabatan.co.id)

KATA PENGANTAR

Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 23 tahun 2005 dan diubah dengan PP 74 tahun 2012 perihal Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa RSUP Persahabatan adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan. Pada tahun 2021 RSUP Persahabatan ditetapkan sebagai Pusat Respirasi Nasional melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/6670/2021.

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban kegiatan yang telah diamanatkan kepada pimpinan organisasi dalam rangka mencapai misi organisasi secara terukur dengan sasaran/target kinerja yang telah ditetapkan melalui program kerja RSUP Persahabatan yang disusun pada awal tahun 2023, yang tertuang pada Rencana Bisnis Anggaran (RBA) serta DIPA Nomor: SP DIPA-024.04.2.415448/2023 tanggal 30 November 2022 beserta revisinya.

Penyusunan LAKIP mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan No 2416/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan RI, Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 54 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyusunan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah serta peraturan-peraturan terkait lainnya.

Laporan ini diharapkan sebagai salah satu cara evaluasi kinerja yang obyektif, efisien dan efektif sehingga mengacu kepada Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi dan Tata Kerja yang dijabarkan pada DIPA tahun 2023 dan RBA (Rencana Bisnis Anggaran) yang merupakan pelaksanaan dari program-program yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja yang di rangkum menjadi LAKIP RSUP Persahabatan tahun 2023.

Demikian LAKIP ini kami susun sebagai informasi kinerja RSUP Persahabatan dan kami menyadari bahwa masih ada kekurangan dari pembuatan LAKIP ini, baik dari materi maupun tehnik penyajiannya. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan penyusunan LAKIP Tahun 2023.

Jakarta, 24 Januari 2024

Direktur Utama,



Prof. Dr. dr. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K), FISIR, FAPSR

IKHTISAR EKSEKUTIF

RSUP Persahabatan telah menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020-2024 yang didalamnya meliputi Visi – Misi – Tujuan Organisasi – Sasaran Strategis – Indikator Kinerja Utama – Target Kinerja yang harus dicapai – Program kerja yang akan dicapai setiap tahun periode RSB. Dalam rangka mewujudkan Visi RSUP Persahabatan yaitu Menjadi Rumah Sakit Kelas Dunia dengan Unggulan Respirasi, maka RSUP Persahabatan memiliki misi “Melaksanakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan, berbasis teknologi, melaksanakan fungsi rujukan respirasi nasional, melaksanakan tata kelola berstandar internasional, ramah lingkungan dan efisien, melaksanakan pendidikan , penelitian dan pelatihan bidang kedokteran dan kesehatan.

Tujuan Organisasi RSUP Persahabatan yaitu Mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi Smart Hospital Pusat Repirasi, berbasis sistem digital dilengkapi dengan sarana dan prasarana terkini dan SDM yang berdaya saing Internasional maka RSUP Persahabatan menetapkan 14 sasaran strategis untuk mewujudkan tujuan organisasi tersebut yaitu Terwujudnya Budaya Organisasi yang dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik, Terwujudnya sarana prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas, Terwujudnya system IT dan teknologi kesehatan yang andal, Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik, Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul, Terwujudnya pelayanan centre of excellence secara optimal, Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang ekselen, Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi, Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan, Terwujudnya kepuasan stakeholder, Terwujudnya mutu dan pelayanan kesehatan, Terwujudnya pengampuan pelayanan respirasi RS di Indonesia, Terwujudnya rujukan respirasi Asia Tenggara dan Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya.

RSUP Persahabatan merupakan rumah sakit vertikal dibawah Kementerian Kesehatan, berkewajiban mendukung Rencana Strategis Kementerian Kesehatan TA 2020-2024 serta mendukung program pemerintah dalam RPJMN 2005-2025, serta berdasarkan surat dari Sekretaris Jenderal Pelayanan Kesehatan No.PR.03.02/D.I/1306/2023 maka RSUP Persahabatan melakukan revisi terhadap Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama merupakan mandatory dari Kementerian Kesehatan.

Perjanjian Kinerja Tahun 2023 terdiri dari 14 sasaran strategis dan 53 Indikator Kinerja Utama, untuk mencapai target Indikator Kinerja Utama tahun 2023 maka disusun Program Kerja Strategis dan rencana kegiatan serta anggaran tercantum pada Rencana Kinerja Tahun 2023 (RKT).

Capaian kinerja tahun 2023, dari 53 Indikator Kinerja Utama telah tercapai 83% Yaitu 44 indikator yang telah mencapai target dan 9 Indikator belum mencapai target. Penggunaan pagu anggaran tahun 2023 sumber dana dari rupiah murni, pendapatan BLU dan Hutang luar negeri telah terserap sebesar 77.37% yaitu Rp912.671.778.071 dari total pagu Rp1.179.672.465.000.

Upaya yang telah dilakukan oleh RSUP Persahabatan di Tahun 2023 untuk mencapai target antara lain :

1. Peningkatan kompetensi SDM melalui :
 - a) Pelaksanaan pelatihan Good Clinical Practice
 - b) Pelatihan Penulisan Karya Tulis Ilmiah untuk tenaga medis dengan narasumber eksternal
 - c) Pemberian bantuan penelitian dan publikasi penelitian di jurnal terkreditasi / internasional
 - d) Pemberian bantuan pendidikan untuk tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan
 - e) Mengadakan pelatihan internal yang dilaksanakan secara online dan offline bagi SDM Kesehatan dan Non Kesehatan
 - f) Memfasilitasi SDM Kesehatan dan Non Kesehatan untuk mengikuti pelatihan teknis dan non teknis yang diselenggarakan oleh pihak eksternal
2. Pelaksanaan pilot project pengampuan TB Nasional di 22 Provinsi (26 MoU telah terlaksana)
3. Pelaksanaan pengampuan TB RSUD menjadi strata utama yaitu di RSUD Dr. Zainoel Abidin
4. Pelaksanaan pengampuan TB RS Vertikal dengan strata paripurna terlaksana di 6 RSV yaitu di RSUP H. Adam Malik, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, RS Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo, RSUP Dr. Kariadi, RS Umum Daerah Dr. Soetomo dan RS Paru Dr. Ario Wirawan.
5. Pelaksanaan layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs pasien tuberkulosis
6. Pelaksanaan Sister Hospital ditandai terlaksananya MoU dengan RS Universitas Nasional Taiwan (NTUH) serta MoU dengan Guang Zao University China
7. Pelaksanaan kerja sama luar negeri dengan 4 Instansi luar negeri yaitu Hiroshima

University, Guang Zao University, National Taiwan University Hospital dan National Taiwan University Cancer Center untuk pelayanan medik, pendidikan dan penelitian dalam rangka penyelenggaraan layanan unggulan bertaraf internasional

8. Pengembangan ERM diseluruh pelayanan
9. Digitalisasi Back Office
10. Pengembangan dashboard bisnis RS
11. Pengembangan riset bersama dibidang respirasi antara lain kasus TB-MDR
12. Pengembangan layanan unggulan antara lain layanan respirasi terpadu, Bedah Thorak, Hiperbarik terpadu, layanan bedah minimal invasif, uronefro terpadu, layanan kanker terpadu, layanan rehabilitasi medik dan geriatric terpadu
13. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan terakreditasi Paripurna oleh KARS dan JCI
14. Perbaikan sarana prasarana fasilitas umum seperti ketersediaan dan keamanan parkir, kebersihan taman untuk area relaksasi pasien, kebersihan toilet pasien atau pengunjung, kebersihan ruang tunggu, renovasi tempat pendaftaran rawat jalan di Gedung Rasmin Rasyid agar lebih luas dan nyaman.
15. Renovasi gedung rawat inap dan rawat jalan eksekutif Griya Puspa agar lebih nyaman serta penambahan 2 kamar rawat inap VVIP
16. Pemenuhan sarana prasarana gedung Wijaya Kusuma untuk rawat inap ICCU
17. Pembukaan layanan rawat jalan eksekutif Griya Puspa pada jam sore dan hari sabtu
18. Inventory data sarana dan prasarana rumah sakit telah tersedia pada aplikasi SAMRS yang merupakan aplikasi internal rumah sakit dan melalui aplikasi ASPAK merupakan aplikasi dari Kementerian Kesehatan
19. Migrasi data dari server lama ke server baru ; dan sewa cloud
20. Penambahan SDM IT dari penerimaan PPPK
21. Pelatihan SDM IT telah terlaksana secara inhouse training bagi programmer dan teknisi IT.
22. Pengembangan aplikasi sesuai roadmap dan prioritas kebutuhan disetiap unit
23. Pelaksanaan pendaftaran online untuk pasien rawat jalan
24. Update penghitungan unit cost untuk penyesuaian tarif pelayanan terbaru

Adapun kendala yang dihadapi di tahun 2023 antara lain :

1. Kepatuhan petugas dalam melakukan input data ke aplikasi secara real time
2. Kekosongan sparepart yang disebabkan kekosongan pada distributor tunggal / distributor tertentu
3. Kekosongan obat yang disebabkan kekosongan dan keterlambatan pengiriman obat dari distributor obat
4. Adanya renovasi gedung rawat inap, rawat jalan dan farmasi sehingga produktifitas pelayanan kurang optimal
5. Belum terlaksananya kalibrasi mandiri
6. Perubahan data rekrutmen sampel TB RO dan TB SO dari Tim BGSI pusat sehingga membutuhkan sosialisasi ulang ke puskesmas-puskemas (site BGSI)
7. Adanya digitalisasi disemua area pelayanan menjadi tantangan bagi petugas di area pelayanan karena selain memberikan pelayanan kepada pasien, petugas wajib melakukan penginputan melalui aplikasi berbasis internet sehingga jika internet tidak stabil menyebabkan pelayanan pasien menjadi terganggu.
8. Terdapat pending klaim JKN karena klaim JKN ditolak/tidak layak sehingga menjadi beban operasional rumah sakit.
9. Peraturan BPJS terkait scan sidik jari untuk pasien rawat jalan usia 17 tahun keatas sehingga menambah waktu antrian pasien pendaftaran rawat jalan.

Langkah antisipatif untuk menanggulangi kendala yang mungkin akan terjadi pada tahun mendatang sebagai berikut:

1. Melakukan mitigasi risiko pada setiap unit kerja dan dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala
2. Melakukan monitoring dan evaluasi kinerja beserta serapan anggaran setiap bulan, triwulan dan semester
3. Melakukan rapat koordinasi rutin antar unit dan pimpinan untuk memberikan rekomendasi terhadap kendala pencapaian target kinerja
4. Melaporkan hasil tindak lanjut atas rekomendasi yang telah diberikan oleh pimpinan pada periode sebelumnya
5. Melakukan reviu Rencana Strategis Bisnis secara berkala dan Melakukan revisi Rencana Strategis Bisnis sesuai hasil reviu atau jika ada perubahan peraturan dari

Kementerian Kesehatan

6. Meningkatkan promosi layanan kesehatan, pendidikan, pelatihan SDM nakes dan kerja sama penelitian dan pengembangan layanan kesehatan dengan Instansi dalam dan luar negeri.

Penyusunan LAKIP 2023 ini merupakan evaluasi tahunan atas kinerja RSUP Persahabatan dalam mencapai tujuan Rencana Strategi Bisnis 5 (lima) tahunan.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	1
IKHTISAR EKSEKUTIF.....	2
DAFTAR ISI	7
DAFTAR TABEL	8
DAFTAR GAMBAR	9
DAFTAR GRAFIK	10
DAFTAR LAMPIRAN	10
BAB I	11
PENDAHULUAN	11
A. Latar Belakang	11
B. Maksud Dan Tujuan	12
C. Tugas Pokok Dan Fungsi.....	12
D. Sumber Daya	22
1. Sumber Daya Manusia.....	22
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana.....	24
E. Aspek Strategis dan Isu Strategis.....	25
F. Sistematika Penulisan	26
BAB II	28
PERENCANAAN KINERJA	28
A. Rencana Kerja Tahun 2023	31
B. Perjanjian Kinerja	49
BAB III	53
AKUNTABILITAS KINERJA	53
A. Capaian Kinerja Organisasi	53
1. Analisa Capaian Kinerja	65
2. Efisiensi.....	155
B. Realisasi Anggaran	157
BAB IV	172
PENUTUP	172

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Persahabatan.....	22
Tabel 2. Jumlah alat kesehatan pada aplikasi SAMRS.....	24
Tabel 3. Persentase kelengkapan alat medik pada aplikasi ASPAK	24
Tabel 4. Aset tetap	24
Tabel 5. Sasaran strategis dan <i>Key Performance Indicator</i> (KPI).....	29
Tabel 6. Rencana Kinerja Tahun 2023	32
Tabel 7. Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2020, 2021, 2022 serta target tahun 2024	54
Tabel 8. Capaian Persentase Staf yang Berkinerja Excellent.....	65
Tabel 9. Capaian persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti	67
Tabel 10. Persentase pembelian alat kesehatan produksi dalam negeri	69
Tabel 11. Capaian persentase pemenuhan sarana prasarana dan alat (SPA) RS sesuai standar	71
Tabel 12. Capaian dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	73
Tabel 13. Capaian terselenggaranya layanan berbasis genomics sesuai dengan kekhususan hubs	74
Tabel 14. Capaian terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	76
Tabel 15. Capaian terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital .	78
Tabel 16. Capaian implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)	79
Tabel 17. Capaian jumlah PPK yang dievaluasi.....	81
Tabel 18. Capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif.....	83
Tabel 19. Capaian persentase penurunan jumlah kematian di RS	85
Tabel 20. Capaian pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)	86
Tabel 21. Capaian waktu tanggap operasi sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	88
Tabel 22. Capaian terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	89
Tabel 23. Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	92
Tabel 24. Capaian penundaan waktu operasi elektif.....	94
Tabel 25. Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	96
Tabel 26. Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	98
Tabel 27. Capaian ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	99
Tabel 28. Capaian tercapainya target indikator klinis layanan prioritas kanker, jantung, stroke dan uro-nefro (KJSU)	101
Tabel 29. Capaian tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS	102
Tabel 30. Capaian persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team).....	103
Tabel 31. Capaian evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis.....	105
Tabel 32. Capaian jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan di jurnal internasional yang terakreditasi.....	106
Tabel 33. Capaian jumlah penelitian dibidang respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	110
Tabel 34. Capaian jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	111

Tabel 35. Capaian jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	113
Tabel 36. Capaian terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama	115
Tabel 37. Capaian indeks kepuasan masyarakat	117
Tabel 38. Capaian tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	119
Tabel 39. Capaian laporan bulanan pengukuran 13 indikator mutu nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	121
Tabel 40. Capaian laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0	123
Tabel 41. Capaian kepatuhan kebersihan tangan	124
Tabel 42. Capaian kepatuhan penggunaan APD	126
Tabel 43. Capaian kepatuhan identifikasi pasien	127
Tabel 44. Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium	129
Tabel 45. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional	130
Tabel 46. Capaian kepatuhan alur klinis (<i>clinical pathway</i>)	131
Tabel 47. Capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	133
Tabel 48. Capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	134
Tabel 49. Capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	136
Tabel 50. Capaian terselenggaranya RS vertikal dengan strata paripurna	138
Tabel 51. Capaian <i>benchmarking / sister hospital</i>	139
Tabel 52. Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	141
Tabel 53. Capaian persentase (%) kenaikan POBO	142
Tabel 54. Capaian persentase (%) kenaikan revenue	144
Tabel 55. Capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	146
Tabel 56. Capaian persentase realisasi target pendapatan BLU	147
Tabel 57. Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni	148
Tabel 58. Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU	150
Tabel 59. Capaian persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	151
Tabel 60. Capaian persentase nilai EBITDA Margin	153
Tabel 61. Efisiensi sumber daya pada indikator kinerja utama	155
Tabel 63. Realisasi anggaran kegiatan	157
Tabel 64. Sumber dana dan anggaran	171

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan	21
Gambar 2. Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan Tahun 2023	49
Gambar 3 drg. Falah Kartikawati, Sp.KGA Penerima Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tahun 2023	66
Gambar 4 Aplikasi SAMRS untuk Monev Keluhan Sarpras	69
Gambar 5 Kegiatan Sosialisasi dan Presentasi AKD pada Tahun 2023	71
Gambar 6 Penginputan Alkes dan Sarpras pada aplikasi ASPAK	72
Gambar 7 Dashboard Pengembangan Bisnis Rumah Sakit	74
Gambar 8 Tersedianya Pelayanan Sequencing Genomic di RSUP Persahabatan	75
Gambar 9 Kegiatan Tim BGSI RSUP Persahabatan	77
Gambar 10 Sistem Surveilans HAIS Terintegrasi di RSUP Persahabatan	78

Gambar 11 Sosialisasi dan Pelatihan Pengisian RME.....	80
Gambar 12 SK Judul Clinical Pathway RSUP Persahabatan	83
Gambar 13 Layanan Unggulan Tahun 2023.....	84
Gambar 14 Kegiatan MDT / Case Conference Online	86
Gambar 15 Hasil Audit Medis Tahun 2023	87
Gambar 16 Perjanjian Kerja Sama Kolaborasi Kesehatan Respirasi	91
Gambar 17 Mesin Pendaftaran Mandiri Untuk Pasien Rawat Jalan	93
Gambar 18 Daftar Jadwal Dokter Praktek Pada Aplikasi PRIMA.....	97
Gambar 19 Monev Visite DPJP Melalui Aplikasi PRIMA	98
Gambar 20 Pemenuhan Fasilitas Parkir	100
Gambar 21 Gedung Griya Puspa untuk Pelayanan Eksekutif	102
Gambar 22 Kegiatan MDT secara online	104
Gambar 23 Evaluasi pemeriksaan TB menggunakan mikroskopis.....	106
Gambar 24 Daftar Publikasi Nasional dan Internasional Tahun 2023	109
Gambar 25 Pelatihan Penulisan Karya Ilmiah	109
Gambar 26 Kerja Sama Penelitian Multicenter.....	111
Gambar 27 Contoh HAKI RSUP Persahabatan	112
Gambar 28 Pendidikan dan Pelatihan dengan Teknologi Terkini.....	115
Gambar 29 Pelayanan Pasien TB di RSUP Persahabatan.....	116
Gambar 30 Pemasangan Informasi Scan Barcode Kepuasan Pelanggan di Area Rawat Jalan	118
Gambar 31 Pelatihan Interaksi Layanan Publik	121
Gambar 32 Contoh penginputan INM pada Aplikasi PRIMA.....	122
Gambar 33 Sertifikat Akreditasi KARS dan JCI.....	123
Gambar 34 Kegiatan sosialisasi kebersihan tangan dan pemasangan sticker 5 momen	126
Gambar 35 Contoh identifikasi pasien minimal menggunakan 2 identitas sebelum memberikan obat intravena	129
Gambar 36 Asesmen resiko jatuh pasien rawat jalan	134
Gambar 37 MoU Kerja Sama Pengampuan TB dan Transplantasi Paru	136
Gambar 38 Visitasi ke RSUD untuk Pengampuan TB	137
Gambar 39 Kegiatan Pengampuan TB.....	139
Gambar 40 MoU Sister Hospital	140
Gambar 41 MoU Program Transplantasi Paru	142
Gambar 42 SK Tim Penyusunan Tarif Pelayanan	144
Gambar 43 Monitoring penyerapan anggaran.....	145
Gambar 44 Ruang Rawat Inap VVIP	152

DAFTAR GRAFIK

Grafik 1. Rekapitulasi Jenis tenaga berdasarkan usia	23
Grafik 2. Rekapitulasi tenaga berdasarkan jenis kelamin	23
Grafik 3 Nilai IKM Perbulan Tahun 2023	118

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Realisasi Anggaran Tahun 2023.....	177
---	-----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Perkembangan pada 10 tahun terakhir dimulai pada periode VI (2011-2015) dimana RSUP Persahabatan menjadi rumah sakit Kelas A oleh penilaian yang dilakukan Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa fasilitas dan kemampuan Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan telah memenuhi persyaratan dan kemampuan pelayanan sebagai Rumah Sakit Umum kelas A, berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 514/MENKES/SK/III/2011 dan Pada periode VII (2015) pada tanggal 18 Desember 2015 terakreditasi KARS- SERT/179/XII/2015, versi 2012 tingkat kelulusan Paripurna (Bintang 5) dan pada tanggal 02 November 2016 RSUP Persahabatan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Respirasi Nasional Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI No.HK.02.02/MENKES/566/2016. Pada tanggal 31 Desember 2018 terakreditasi KARS-SERT/133/XII/2018 RSUP Persahabatan kembali meraih kelulusan Paripurna (Bintang 5) dan pada tanggal 30 Maret 2019 mendapat kelulusan JCI Internasional. Kemudian pada tanggal 03 Mei 2019 mendapat kelulusan Internasional (Bintang 6) terakreditasi KARS-SERT/468/V/2019. Pada 30 November 2021 RSUP Persahabatan ditetapkan sebagai Pusat Respirasi Nasional melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/6670/2021. Pada tanggal 2 Januari 2023 RSUP Persahabatan kembali meraih kelulusan Paripurna (Bintang 5) terakreditasi KARS-SERT/777/II/2023 serta kelulusan akreditasi JCI *Safety Review* pada tanggal 16 Maret 2023.

RSUP Persahabatan telah menyusun Rencana Strategi Bisnis (RSB) periode TA.2020-2024 sebagai kompas dalam penentuan kebijakan proses bisnis rumah sakit. Sebagai penjabaran dari RSB tersebut setiap tahunnya telah dibuat Rencana Tahunan yang dituangkan dalam Rencana Kerja Tahunan (RKT) dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSUP Persahabatan yang mengacu pada *master plan* rumah sakit.

Setiap akhir tahun Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan sebagai UPT Kementerian Kesehatan harus melakukan pengukuran kinerja terhadap pencapaian sasaran melalui indikator dan targetnya. Sebagai bentuk pertanggungjawaban dalam melaksanakan Perjanjian Kinerja tersebut.

Adapun dasar penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) adalah :

1. Peraturan Pemerintah nomor 8 Tahun 2006 tentang Kewajiban Pelaporan

Akuntabilitas Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah

2. Peraturan Presiden Nomor 13 tahun 2014 tentang Perubahan Kelima atas Peraturan Presiden Nomor 47 Tahun 2009 tentang Pembentukan dan Organisasi Kementerian Negara;
3. Peraturan Menteri Pendayasaan Aparatur Negara dan RB No.35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
5. Peraturan Menteri Pendayasaan Aparatur Negara dan RB No. 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis, Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
6. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-22/PB/2020 tentang perubahan kedua atas peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER 36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

B. Maksud Dan Tujuan

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Tahun 2023 adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas yang telah dilaksanakan selama kurun waktu tahun 2023 yang meliputi pengelolaan sumber daya keuangan, sumber daya manusia, perbaikan sistem pelayanan, sarana prasarana dan juga sebagai umpan balik untuk memicu perbaikan kinerja RSUP Persahabatan di tahun yang akan datang.

C. Tugas Pokok Dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, adapun Tugas Pokok dan Fungsi sebagai berikut :

❖ Tugas Pokok

Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan dan pengembangan secara serasi, terpadu, dan berkesinambungan.

❖ **Fungsi**

Dalam melaksanakan tugas pokok tersebut di atas, Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan menyelenggarakan fungsi :

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

❖ **Struktur Organisasi**

Susunan Organisasi RSUP Persahabatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan RI (Permenkes) Nomor 26 tahun 2022. RSUP Persahabatan dipimpin oleh Direktur Utama dengan membawahi :

- a. Direktur Medik dan Keperawatan
- b. Direktur Sumber Daya Manusia, Pendidikan dan Penelitian
- c. Direktur Perencanaan dan Keuangan
- d. Direktorat Layanan Operasional

Selain itu, dalam Permenkes tersebut terdapat pula SPI dan komite yang memberikan pertimbangan strategis kepada Direktur Utama dalam rangka peningkatan dan pengembangan pelayanan rumah sakit.

Komite tersebut adalah :

- a. Komite Medik
- b. Komite Keperawatan
- c. Komite Etik dan Hukum
- d. Komite Etik Penelitian Kesehatan

- e. Komite Pencegahan & Pengendalian Infeksi
- f. Komite Mutu
- g. Komite Farmasi & Terapi
- h. Komite Tenaga Kesehatan Lainnya
- i. Komite Koordinasi Pendidikan

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

Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan juga dilengkapi dengan Dewan Pengawas yang susunan anggotanya telah ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1592/2022 tanggal 13 Oktober 2022 tentang Pengangkatan Dewan Pengawas Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan berfungsi sebagai *governing body* rumah sakit dalam melakukan pembinaan dan pengawasan non-teknis perumahsakitannya secara internal di RSUP Persahabatan dan Keputusan Dewan Pengawas bersifat kolektif kolegial. Untuk membantu kelancaran tugas Dewan Pengawas sehari-hari dengan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Persahabatan Nomor HK.01.07/SK/IX.2/272.5/2019 tanggal 31 Juli 2019 diangkat seorang Sekretaris Dewan Pengawas, yang berasal dari intern Rumah Sakit.

Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan sebagai rumah sakit milik Kementerian Kesehatan RI memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan medis spesialis, subspesialis dan penunjang. Pelayanan medis dan penunjang tersebut adalah:

- a. Pelayanan Gawat Darurat
 - 1) Gawat Darurat Umum
 - 2) Gawat Darurat Paru
 - 3) Gawat Darurat Bedah
 - 4) Gawat Darurat Kebidanan
 - 5) Gawat Darurat Anak
 - 6) Gawat Darurat PINERE (Penyakit Infeksi Imerging dan Reimergering)
 - 7) Ruang Dekontaminasi
 - 8) Pelayanan Kamar Operasi IGD
 - 9) Pelayanan ICU IGD
 - 10) Pelayanan Ambulance

- 11) Pelayanan Penunjang (Radiologi, Laboratorium, USG)
- 12) Pelayanan Kedokteran Forensik-Medikolegal dan Visum et Repertum

b. Pelayanan Rawat Inap

- 1) Pelayanan Rawat Inap terdiri dari :
 - a) Rawat Inap Reguler Kelas I, II, III
 - b) Rawat Inap VIP dan VVIP (Griya Puspa)
 - c) Rawat Inap Perina
 - d) Rawat Inap Kemoterapi
- 2) Rawat Inap Isolasi Khusus meliputi :
 - a) Penyakit Infeksi *Emerging* dan *Re Emerging* (PINERE)
 - b) Ruang Isolasi MDR-TB
 - c) Ruang Isolasi Covid-19
- 3) Pelayanan Intensif:
 - a) ICU (Intensive Care Unit)
 - b) ICCU (Intensive Coronary Care Unit)
 - c) PICU (Pediatric Intensive Care Unit)
 - d) RICU (Respiratory Intensive Care Unit)
 - e) Perinatologi meliputi NICU (Neonatal Intensive Care Unit) dan Perina

c. Pelayanan Rawat Jalan

- 1) Poliklinik Paru meliputi :
 - a) Klinik Paru
 - b) Klinik Infeksi Paru
 - c) Klinik Asma dan PPOK
 - d) Klinik Onkologi Thoraks
 - e) Klinik Faal Paru
 - f) Klinik Immunologik Paru
 - g) Klinik Pulmonologi Intervensi
 - h) Klinik TB MDR
 - i) Klinik Berhenti Merokok
 - j) Klinik Gangguan Tidur
- 2) Poliklinik THT meliputi :
 - a) Klinik Onkologi Kepala dan Leher
 - b) Klinik Neurotologi dan THT Komunitas
 - c) Klinik Otologi
 - d) Klinik Rinologi

- 3) Poliklinik Kebidanan dan Kandungan meliputi :
 - a) Klinik Obstetric and Gynaecology (Obsgyn)
 - b) Klinik Fetomaternal
 - c) Klinik Onkologi Ginekologi
 - d) Klinik Uroginekologi dan Rekonstruksi
 - e) Klinik Fertilitas Endrokrinologi
 - f) Klinik Obstetri Ginekologi Sosial
 - g) Klinik Diagnostik USG
- 4) Poliklinik Bedah meliputi :
 - a) Klinik Bedah Onkologi
 - b) Klinik Bedah Digestif
 - c) Klinik Bedah Orthopedi
 - d) Klinik Bedah Urologi
 - e) Klinik Bedah Anak
 - f) Klinik Bedah Plastik, Rekonstruksi dan Luka Bakar
 - g) Klinik Bedah Saraf
 - h) Klinik Bedah Rekonstruksi dan Estetik
 - i) Klinik Bedah Thorak, Kardiak dan Vaskular
- 5) Poliklinik Penyakit Dalam meliputi :
 - a) Klinik Penyakit Dalam
 - b) Klinik Penyakit Tropik Infeksi
 - c) Klinik Hematologi Onkologi Medik
 - d) Klinik Gastroentero Hepatologi
 - e) Klinik Alergi-immunologi Klinik
 - f) Klinik Ginjal Hipertensi
- 6) Poliklinik Kesehatan Anak meliputi :
 - a) Klinik Respirologi Anak
 - b) Klinik Neurologi Anak
 - c) Klinik Neonatologi
 - d) Klinik Hematologi Onkologi Anak
- 7) Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah
- 8) Poliklinik Saraf
- 9) Poliklinik Mata
- 10) Poliklinik Gigi dan Mulut
 - a) Klinik Gigi dan Mulut

- b) Klinik Gigi Bedah Mulut
- c) Klinik Gigi Endodonsi
- d) Klinik Gigi Orthodonti
- e) Klinik Gigi Periodonsia
- f) Klinik Gigi Penyakit Mulut
- g) Klinik Gigi Prosthodonti
- h) Klinik Gigi Pedodontis
- 11) Poliklinik Kesehatan Jiwa meliputi :
 - a) Klinik Jiwa
 - b) Klinik Adiksi
 - c) Klinik Pelayanan Psikologi
- 12) Poliklinik Anestesi meliputi:
 - a) Klinik Manajemen Nyeri
 - b) Klinik Anestesi
- 13) Poliklinik Kulit dan Kelamin
- 14) Poliklinik Estetika
- 15) Poliklinik Rehabilitasi Medik
- 16) Poliklinik Konseling Gizi
- 17) Poliklinik Kedokteran Okupasi
- 18) Poliklinik Akupunktur
- 19) Poliklinik Pegawai
- 20) Poliklinik Onkologi Radiasi
 - a) Klinik Radioterapi
 - b) Klinik Sarana Radioterapi
 - c) Klinik Onkologi Radiasi
- 21) Poliklinik Forensik dan Medikolegal
- 22) Poliklinik Diagnostik Terpadu
- 23) Unit Pelayanan Vaksinasi
- 24) Poliklinik Eksekutif Griya Puspa
- d. Pelayanan Rawat Jalan Khusus
 - 1) Klinik Gangguan Tidur
 - 2) Pelayanan Poli Covid-19 Rawat Jalan
 - 3) Pelayanan Telemedicine
 - 4) Pelayanan ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy)
 - 5) Klinik Geriatri
 - 6) Klinik Endokrin-Metabolik-Diabetes (UPTD)

- 7) Unit One Day Care
 - a) Hemodialisa
 - b) Kemoterapi
- 8) Poliklinik Diagnostik Terpadu
 - a) USG Penyakit Dalam
 - b) USG Kebidanan
 - c) EEG Dewasan dan Anak
 - d) EMG
- e. Layanan Kamar Bedah Sentral
 - 1) Pelayanan Operasi Bedah Elektif
 - 2) Pelayanan Operasi Bedah Cito
- f. Pelayanan *Medical Check Up* / MCU Terpadu
 - 1) MCU *Executive* Pria
 - 2) MCU *Executive* Wanita
 - 3) MCU Basic
 - 4) MCU Haji Pria
 - 5) MCU Haji Wanita
 - 6) MCU Umroh Pria
 - 7) MCU Umroh Wanita
 - 8) MCU *Coronary*
 - 9) MCU Luar Negeri
 - 10) MCU WNI
 - 11) MCU Karir
 - 12) MCU Adopsi
 - 13) MCU Pra Nikah Dasar
 - 14) MCU Pra Nikah Lengkap Pria
 - 15) MCU Pra Nikah Lengkap Wanita
 - 16) MCU *Screening* Kanker Paru
 - 17) MCU *Screening* Kanker Mammae
 - 18) MCU *Screening* Prostat
 - 19) MCU *Screening* Kanker Lengkap Pria
 - 20) MCU *Screening* Kanker Lengkap Wanita
 - 21) MCU TB Paru
 - 22) MCU Bebas Rokok
 - 23) MCU Pekerja *Fit To Work* Kasus Respirasi
 - 24) MCU Pasca Covid

- 25) MCU Lansia
- 26) MCU *Demensia*
- 27) MCU *Screening Skoliosis Basic*
- 28) MCU Pekerja Paket D (Berisiko Tinggi)
- 29) MCU Kesehatan Perjalanan
- 30) MCU Pendidikan
- 31) Surat Keterangan Kesehatan
- 32) Surat Keterangan Bebas Narkoba
- 33) Surat Keterangan Kesehatan Jiwa + MMPI
- 34) MMPI
- 35) Pemeriksaan Rohani
- 36) Konsultasi Dokter Spesialis
- 37) Pemeriksaan Dokter
- 38) Visus
- 39) Buta Warna
- 40) *Body Impedence Analysis (BIA)* Umum
- 41) *Reviewer* hasil MCU / Dokter Spesialis Okupasi
- 42) EKG
- 43) *Treadmill*
- 44) *Spirometri*
- 45) *Audiometri*

g. Layanan Penunjang Medik

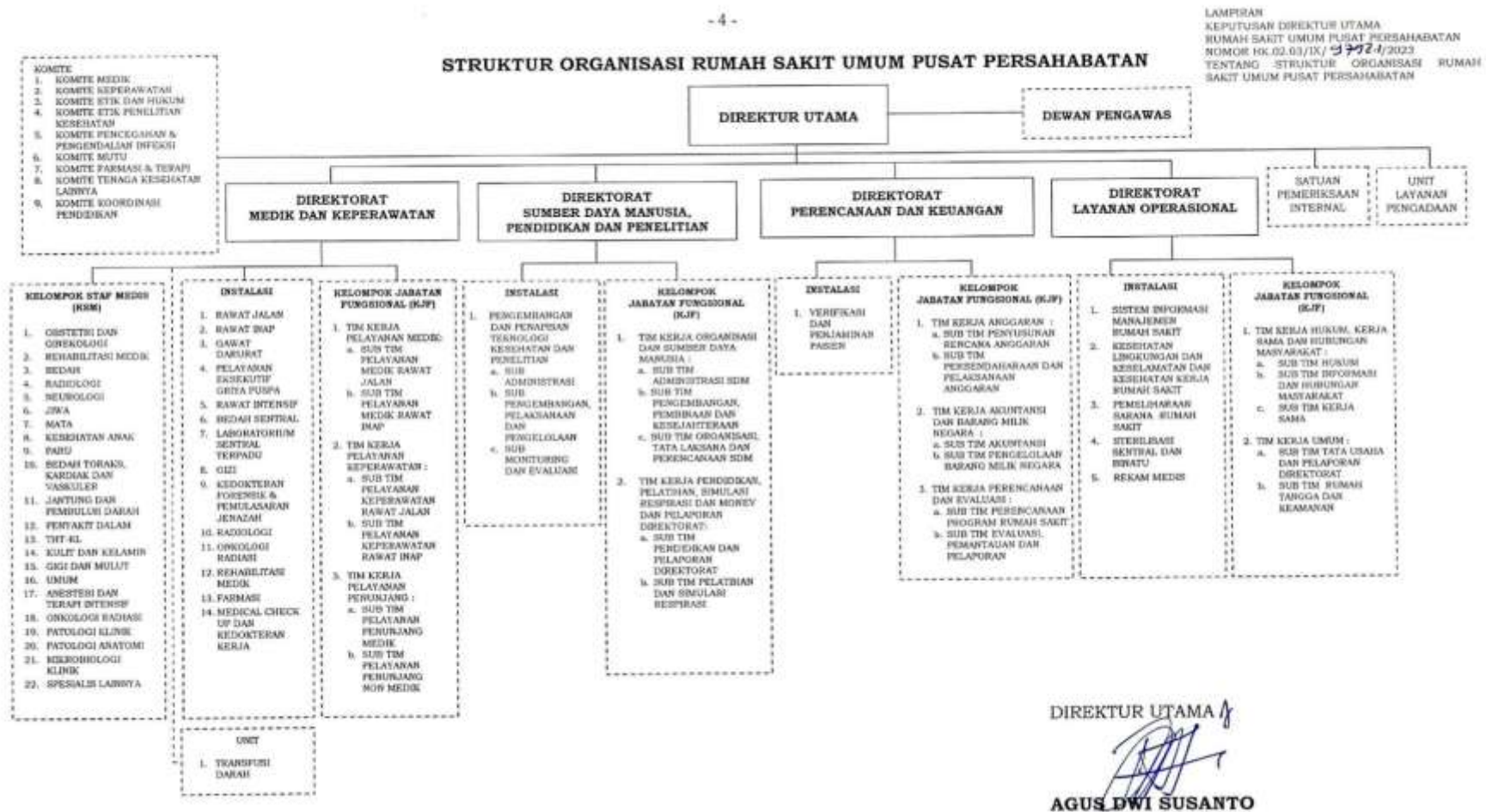
- 1) Layanan Laboratorium sentral terpadu
 - a) Laboratorium Patologi Klinik
 - Hematologi
 - Hemostasis
 - Kimia Klinik
 - Imunoserologi
 - Cairan Tubuh
 - Biologi Molekuler Penyakit Infeksi
 - b) Laboratorium Mikrobiologi Klinik
 - Layanan Tuberkulosis dan Tuberkulosis resisten Obat
 - Layanan Kultur dan Resistensi
 - Layanan Mikrobiologi Molekuler Bakteri, Virus dan Jamur
 - c) Laboratorium Patologi Anatomi
 - Histopatologi

- Sitology
- Imunohistokimia
- Patologi Molekuler
- e) Bank Darah Rumah Sakit
 - Produk darah : PRC,TC,FFP
 - Plasmapheresis
- 2) Layanan Radioterapi
 - a) Pemetaan area Radiasi : Simulator, CT Simulator dan Alat Fiksasi
 - b) Treatment Planing System (TPS) : 2D,3DCRT dan IMRT
 - c) Radiasi : 2D,3DCRT dan IMRT
- 3) Layanan Radiologi
 - a) CT Scan 128 slice
 - b) MRI 1.5T
 - c) Fluoroskopi
 - d) Digital panoramic
 - e) Digital cephalometri
 - f) 3D Panoramic
 - g) DSA (Radiologi Intervensi)
 - h) Long Bone View Radiography
 - i) USG (Termasuk USG Doppler)
 - j) Dental X-Ray
- 4) Layanan Kedokteran Forensik dan Pemulasaran Jenazah
 - a) Kedokteran Forensik – Medikolegal
 - b) Pemulasaran Jenazah
 - c) Rumah Duka
- 5) Layanan Rehabilitasi Medik
 - a) Rehabilitasi Kardiorespirasi (indoor dan outdoor/garden exercise therapy)
 - b) Layanan Nyeri Myofascial dengan injeksi kering (dry needling technique) serta Kinesiotaping
 - c) Layanan non Invasif Penanganan Nyeri Neuromuskuloskeletal dengan alat-alat terkini seperti :

- Layanan Laser rehabilitative (low energy level laser therapy, high laser therapy)
 - Radial Shock Wave Therapy (RSWT)
 - Layanan Rehabilitasi Tumbuh Kembang Pediatri
 - Layanan Rehabilitasi Geriatri
 - Layanan Rehabilitasi Paliatif
 - Layanan Rehabilitasi Tuna Laring
- 6) Layanan Penunjang Paru
- a) Uji Provokasi Bronchus (Astograph)
 - b) DLCO (Diffusing capacity of the Lung for Carbon monoxide)
 - c) Cardio Pulmonary Exercise Test
 - d) Biopsi Transthoracic Needle Aspiration (TTNA), Core Biopsy
 - e) Pleuroscopy Medik
 - f) Bodyplethysmography
 - g) Bronchoscopy Suite meliputi :
 - Bilasan
 - Sikatan dan biopsy saluran napas
 - Endobronchial Ultrasound-Transbronchial Needle Aspiration (EBUS-TBNA)
 - Transbronchial Lung Biopsy (TBLB)
- 7) Layanan Penunjang Cardiologi
- a) Echocardiografi
 - b) Cath Lab
 - c) TEE (Transesophageal Echocardiogram)
- 8) Layanan Penunjang Saraf
- a) EEG (Electroencephalography)
 - b) EMG (Elektromiografi)
- 9) Layanan Minimal Invasive
- a) Endoskopi
 - b) Kolonoskopi
 - c) Anuskopi
 - d) Audiometri
 - e) Laparoskopi
- 10) Layanan Farmasi
- a) Depo Farmasi Rawat Inap
 - b) Depo Farmasi Rawat jalan

- c) Depo Farmasi IGD
 - d) Depo Farmasi Griya Puspa
 - e) Depo Farmasi IPI
 - f) Depo Farmasi IBS
 - g) Depo Farmasi Cath Lab
 - h) Depo Farmasi Produksi
- 11) Layanan Kefarmasi
- a) Konseling
 - b) Rekonsiliasi
 - c) Pemantauan terapi obat
 - d) Pelayanan informasi obat
 - e) Dispensing sediaan steril dan sitostatika
- 12) Layanan Penunjang Non Medik
- a) Gizi
 - b) Sterilisasi Sentral
 - c) Laundry
 - d) Logistik
 - e) Verifikasi dan Jaminan Pasien
 - f) Sistem Informasi Rumah Sakit
 - g) Instalasi Diklat dan Simulasi Respirasi
 - h) Pelayanan Pengadaan Barang/ Jasa
 - i) Kesehatan dan Keselamatan Kerja
 - j) Promosi Kesehatan Rumah Sakit
 - k) Sanitasi dan Pertamanan Rumah Sakit
 - l) Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit

Gambar 1. Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan



D. Sumber Daya

Pencapaian kinerja RSUP Persahabatan tahun 2023 tidak terlepas dari tersedianya sumber daya yang ada baik itu sumber daya manusia, sarana dan prasarana.

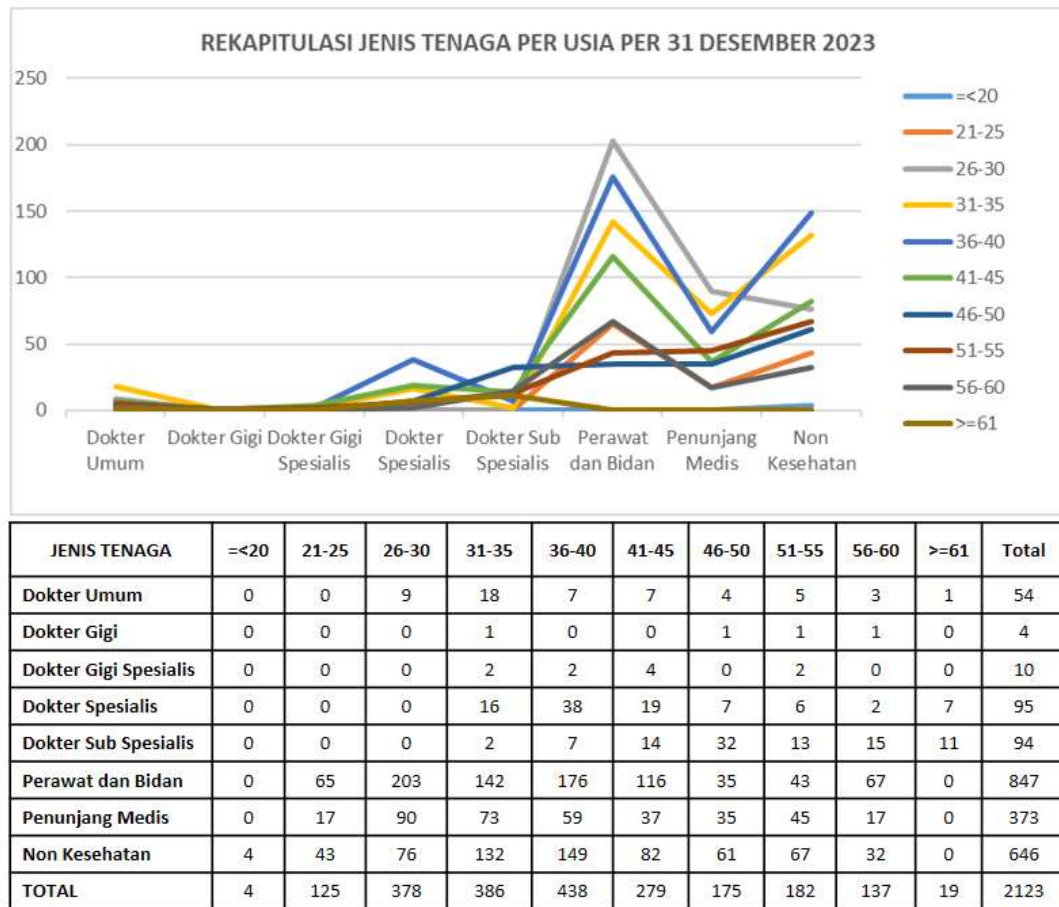
1. Sumber Daya Manusia

Rumah Sakit Umum Persahabatan memiliki sumber daya manusia berjumlah 2123, terdiri dari tenaga medis, keperawatan, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga non kesehatan. Komposisi sumber daya manusia data per 31 Desember 2023

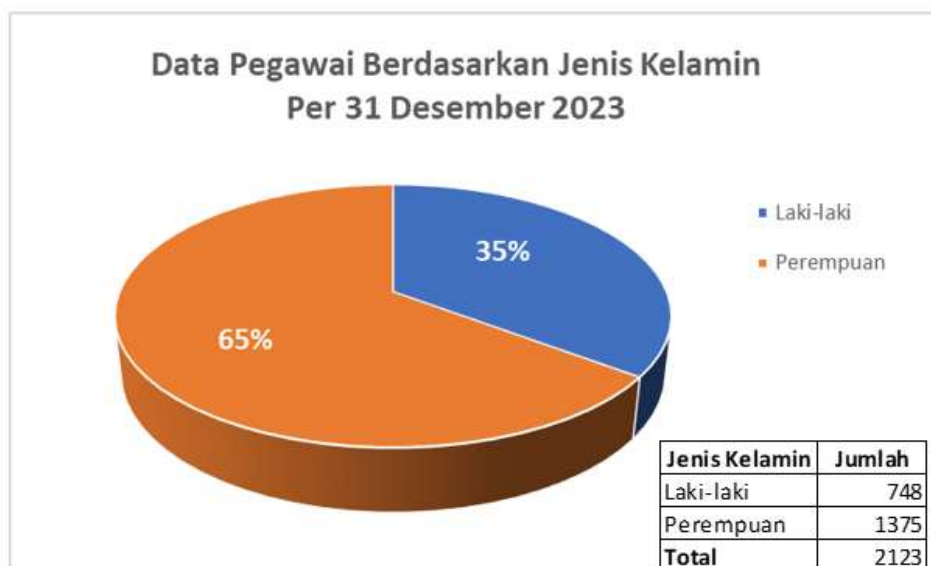
Tabel 1. Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Persahabatan

NO	JENIS TENAGA	ASN		DOKTER TAMU	NON ASN		TOTAL
		PNS	PPPK		BLU NON ASN	BLU KONTRAK	
1	TENAGA DOKTER						
	Dokter Umum	34	14	0	3	3	54
	Dokter Gigi	4	0	0	0	0	4
	Dokter Gigi Spesialis	8	1	0	0	1	10
	Dokter Spesialis	67	0	9	3	16	95
	Dokter Sub Spesialis	90	1	1	1	1	94
SUBTOTAL :		203	16		7	21	257
2	TENAGA KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN						
	Tenaga Keperawatan	472	118		74	139	803
	Tenaga Kebidanan	25	11		8	0	44
SUBTOTAL :		497	129		82	139	847
3	TENAGA KESEHATAN LAINNYA						
	Tenaga Terapis Gigi dan Mulut	4	1		2	3	10
	Tenaga Kefarmasian	55	43		14	5	117
	Tenaga Pembimbing Kesehatan Kerja	7	0		1	0	8
	Tenaga Kesehatan Lingkungan	10	0		0	0	10
	Tenaga Gizi	17	2		4	1	24
	Tenaga Keterampilan Fisik	14	2		1	1	18
	Tenaga Administrator Kesehatan	3	2		0	0	5
	Tenaga Keteknisian Medis	45	11		12	4	72
	Tenaga Biomedika	65	20		6	15	106
	Tenaga Penata Anestesi	2	1		0	0	3
SUBTOTAL :		222	82		40	29	373
4	NON MEDIS						
	Non Medis	223	16		262	145	646
SUBTOTAL :		223	16		262	145	646
JUMLAH (1+2+3+4)		1145	243		391	334	2123

Grafik 1. Rekapitulasi Jenis tenaga berdasarkan usia



Grafik 2. Rekapitulasi tenaga berdasarkan jenis kelamin



2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan terdokumentasi pada aplikasi SAMRS, ASPAK dan RKBMN. Data alat kesehatan dan aset per 31 Desember 2023 :

Tabel 2. Jumlah alat kesehatan pada aplikasi SAMRS

Keterangan	Jumlah Alat	Persentase (%)
Jumlah alat kesehatan keseluruhan	4583	100%
Jumlah alat kesehatan yang berfungsi baik	4425	96.55%
Jumlah alat kesehatan yang rusak	158	3.45%

Tabel 3. Persentase kelengkapan alat medik pada aplikasi ASPAK

Unit/Instalasi	Persentase (%)
Pelayanan rawat jalan	94,92
Pelayanan gawat darurat	100
Pelayanan ICU	97,5
Pelayanan IBS	84.77
Pelayanan rawat inap	98,46
Pelayanan obstetri dan ginekologi	96,27
Pelayanan NICU	88.24
Pelayanan PICU	100
Pelayanan HCU	87,5
Instalasi pemulasaran jenazah	100
Unit HD	72.73
Instalasi laboratorium	98.89
Instalasi Radiodiagnostik	96.3
Instalasi Rehabilitasi Medik	69.74

Tabel 4. Aset tetap

No	Keterangan	(Beginning Balance) per 01/01/2023	Kenaikan / penurunan	(Ending Balance) Per 31/12/2023
	Harga Perolehan			
1	Tanah	3.446.594.430.000		3.446.594.430.000
2	Mesin & Peralatan	729.263.338.319	19.040.089.709	748.303.428.028
3	Gedung dan Bangunan	443.039.495.064	42.570.696.856	485.610.191.920
4	Jalan dan Irigasi	7.183.348.115		7.183.348.115
5	Asset Tetap Lainnya	39.879.643.168		39.879.643.168
6	Konstruksi dalam pengerjaan	47.755.347.868	289.126.874.144	336.882.222.012
7	Akumulasi Penyusutan Asset Tetap	-590.685.813.095	-36.195.775.404	-626.881.588.499
	Sub Jumlah	4.123.029.789.439	314.541.885.305	4.437.571.674.744

E. Aspek Strategis dan Isu Strategis

Aspek strategis dan isu strategis dirumuskan berdasarkan analisa SWOT sebagai berikut :

a. Kekuatan / Strength

1. Status RSUP Persahabatan sebagai RS Kelas A, RS Pendidikan
2. RS Pusat Respirasi Nasional
3. RS Pengampu TB Nasional
4. Terakreditasi Nasional Paripurna dan Akreditasi JCI
5. Sebagaimana besar SDM memiliki kompetensi tinggi dan komitmen yang kuat
6. Penelitian dan inovasi di RSUP Persahabatan yang semakin bertumbuh
7. Memiliki SIRS mandiri dan pengembangan aplikasi terintegrasi
8. Sistem layanan berbasis IT
9. Sistem remunerasi berbasis e-kinerja
10. Memiliki layanan Sub Spesialistik dengan dukungan sarpras yang lengkap
11. Berada di lokasi yang strategis dengan lahan yang luas
12. Pengelolaan keuangan internal yang baik
13. Pencatatan pendapatan dan pengeluaran yang komprehensif dalam sistem perbankan
14. Laporan monitoring dan evaluasi rencana strategis, kinerja dan keuangan selalu tepat waktu
15. Manajemen pengelolaan komplain yang baik

b. Kelemahan / Weakness

1. Implementasi sistem, kebijakan dan prosedur yang sudah ada belum dilaksanakan secara optimal
2. Pengelolaan asset RS yang belum optimal
3. Penggunaan aplikasi sistem IT yang sudah ada belum optimal
4. Komitmen dan budaya kerja yang perlu ditingkatkan
5. Pengelolaan sistem jenjang karir yang belum optimal
6. RS belum mampu membiayai seluruh biaya operasional
7. Masih adanya kegiatan diluar perencanaan
8. Manajemen pengelolaan penelitian belum optimal
9. Implementasi penelitian belum memperbaiki sistem pelayanan
10. Kurangnya review kendali mutu kendali biaya dalam pelayanan

c. Peluang / Opportunity

1. Peningkatan jumlah pasien yang lebih banyak
2. Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan
3. Ragam kasus yang kompleks
4. Kebijakan Kementerian Kesehatan terkait transformasi pelayanan kesehatan
5. AHS (Academic Health System)
6. Penelitian *evidence based health policy*
7. Meningkatkan jumlah jenis dan jejaring terkait penelitian, pendidikan dan pelatihan termasuk menjadi RS Pendidikan Utama
8. Peningkatan jumlah kerjasama dengan berbagai institusi atau instansi di dalam dan di luar negeri
9. Peningkatan kapasitas dan jenis pelayanan kesehatan, pelayanan penunjang umum dan fasilitas serta alat kesehatan
10. Mendapatkan pendapatan lebih banyak dan sumber pembiayaan lebih beragam
11. Meningkatkan penerapan tata kelola (*corporate* dan *clinical governance*)
12. Perkembangan teknologi kesehatan, teknologi kedokteran dan teknologi informasi RS terkini

d. Ancaman / Threat

1. Perubahan regulasi dari pusat yang sangat cepat
2. Penurunan dukungan dana dari pemerintah
3. Adanya bencana alam, pandemi, KLB (kejadian luar biasa)
4. Terbukanya sistem informasi publik dan dapat diakses bebas
5. *Brain drain* tenaga kesehatan
6. Kompetitor dari Institusi pelayanan kesehatan lainnya
7. Ancaman keamanan data RS

F. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan tahun 2023 adalah sebagai berikut :

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

BAB I PENDAHULUAN

Pada bab ini disajikan penjelasan umum organisasi, dengan penekanan kepada aspek strategis organisasi serta permasalahan utama (*strategic issued*) yang sedang dihadapi RSUP Persahabatan.

BAB II PERENCANAAN KINERJA

Dalam bab ini diuraikan ringkasan/ikhtisar dan perjanjian kinerja tahun 2023

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pada sub bab ini disajikan capaian kinerja organisasi untuk setiap pernyataan kinerja, sasaran strategis organisasi sesuai dengan hasil pengukuran kinerja organisasi. Untuk setiap pernyataan kinerja sasaran strategis tersebut dilakukan analisis capaian kinerja sebagai berikut :

1. Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini;
2. Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu;
3. Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi;
4. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan standar nasional (jika ada);
5. Analisa penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta *alternative* solusi yang telah dilakukan;
6. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya;
7. Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian pernyataan kinerja.

B. Realisasi Anggaran

Pada sub bab ini diuraikan realisasi anggaran yang digunakan dan telah digunakan untuk mewujudkan kinerja organisasi sesuai dengan dokumen Perjanjian Kinerja.

BAB IV PENUTUP

Pada bab ini diuraikan simpulan umum atas capaian kinerja organisasi serta langkah di masa mendatang yang akan dilakukan organisasi untuk meningkatkan kinerjanya.

LAMPIRAN – LAMPIRAN

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan sebagai UPT Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, dalam rangka melaksanakan tugas pokok dan fungsinya telah menyusun rencana strategik lima tahunan yang berpedoman pada Renstra Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Adapun gambaran umum dari Renstra RSUP Persahabatan Tahun 2020-2024 adalah sebagai berikut:

1. Visi:

“Menjadi Rumah Sakit Kelas Dunia dengan Unggulan Respirasi”

2. Misi:

- Melaksanakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan, berbasis teknologi terkini.
- Melaksanakan pendidikan, penelitian dan pelatihan bidang kedokteran dan kesehatan.
- Melaksanakan fungsi pengampuan respirasi secara nasional.
- Melaksanakan tata kelola berstandar internasional, ramah lingkungan dan efisien.

3. Tujuan:

Mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi Smart Hospital Pusat Respirasi, berbasis sistem digital dilengkapi dengan sarana dan prasarana terkini dan SDM yang berdaya saing Internasional.

4. Motto:

Dengan menjunjung tinggi nilai-nilai tersebut diatas maka RSUP Persahabatan mempunyai motto :

“Caring with friendship”(Melayani secara bersahabat)

Melalui nilai-nilai dan motto yang ada diharapkan, Manajemen dan Pegawai secara sinergi dapat memberikan pelayanan yang terbaik, tidak hanya secara fisik tetapi jugadengan hati. Program transformasi budaya organisasi di RSUP Persahabatan mempercepat proses internalisasi nilai-nilai yang perlu dimiliki oleh setiap pegawai RSUP Persahabatan.

5. Tata Nilai

- Profesional
- Integritas
- Kolaborasi
- Kesempurnaan
- Orientasi pada Pelanggan

6. Strategi

Dengan memperhatikan kondisi RSUP Persahabatan saat ini maka strategi yang ditempuh adalah penguatan mutu layanan dan keselamatan pasien dalam mewujudkan visi 2024 dengan memperbaiki kelemahan dalam menghadapi tantangan dan memanfaatkan kekuatan dalam meraih peluang.

7. Sasaran Strategis

Berdasarkan strategi tersebut diatas maka sasaran strategis tahun 2020-2024 Rumah Sakit Umum Persahabatan, disusun dalam empat *perspektif balance scorecard* yaitu: perspektif pembelajaran dan pertumbuhan, perspektif proses bisnis internal, perspektif *stakeholder* dan perspektif finansial yang masing– masing ditentukan indikator, ukuran target dan capaiannya.

Sasaran strategis dan *Key Performance Indicator* (KPI) Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan tahun 2023 terdapat revisi sasaran strategis dan KPI karena adanya penambahan indikator kegiatan UPT Vertikal yang merupakan indikator kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, penambahan indikator dalam rangka percepatan Transformasi Kesehatan. Sasaran strategis dan KPI telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis RSUP Persahabatan 2020-2024 pada revisi ke-3, sebagai berikut :

Tabel 5. Sasaran strategis dan *Key Performance Indicator* (KPI)

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persen(%) staf yang berkinerja ekselen
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri
		4	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**
3	Terwujudnya sistem pelayanan berbasis teknologi informasi	5	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit
		6	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**
		7	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**
		8	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama
			berbasis digital**
		9	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)**
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif
		12	Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**
		13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**
		14	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;**
6	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	15	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**
		16	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**
		17	Penundaan Waktu Operasi Elektif**
		18	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**
		19	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**
		20	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**
		21	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**
		22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellent	23	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)
		24	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	25	jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi
		26	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun
		27	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	28	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini
		29	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**
10	Tingkat kepuasan stakeholder	30	Indeks Kepuasan Masyarakat**
		31	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**
11	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	32	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**
		33	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**
		34	Kepatuhan kebersihan tangan**
		35	Kepatuhan penggunaan APD**
		36	Kepatuhan Identifikasi Pasien**
		37	Pelaporan hasil kritis laboratorium**
		38	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional**
		39	Kepatuhan alur klinis (<i>clinical pathway</i>)**

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama
		40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**
12	Terwujudnya Pengampunan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	41	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu
		42	Pengampunan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**
		43	Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	44	<i>Benchmarking/Sister Hospital</i>
		45	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	46	Persen(%) kenaikan POBO
		47	Persen(%) kenaikan Revenue
		48	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**
		49	Persentase realisasi target pendapatan BLU**
		50	Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**
		51	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**
		52	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**
		53	Persentase nilai EBITDA Margin

A. Rencana Kerja Tahun 2023

Untuk mewujudkan VISI dan MISI RSUP Persahabatan maka manajemen dalam mengarahkan dan memastikan langkah-langkah strateginya mengacu pada *Key Performance Indicators* (KPI) dituangkan dalam rencana kinerja tahunan sebagai berikut:

Tabel 6. Rencana Kinerja Tahun 2023

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persen(%) staf yang berkinerja ekselen	1. Peningkatan Kompetensi melalui Pendidikan dan Pelatihan 2. Pengembangan SDM melalui reward and punishment 3. Program Pemerataan SDM Kesehatan	Jam Pelatihan Karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam	Terlaksananya rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam													Rp 1,000,000,000.00
					Bantuan dana pendidikan IsDB	Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB													Rp 2,810,900,000.00
					Pemberian bantuan untuk publikasi karya ilmiah di jurnal internasional	Terlaksananya bantuan publikasi karya ilmiah di jurnal internasional													Rp 500,000,000.00
					Pelatihan Good Clinical Practice	Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice													Rp 70,000,000.00
					Survey Implementasi nilai ber Akhlak	Terlaksananya Survey Implementasi ber-Akhlak													tidak membutuhkan anggaran karena menggunakan google form
					Reward bagi petugas dan dokter untuk pemeriksaan di luar jam kerja	Terlaksananya reward bagi petugas dan dokter untuk pemeriksaan diluar jam kerja													Rp 5,867,760,400
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentasi keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	Peningkatan pemeliharaan sarana dan prasarana.	Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali sesuai standar	Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam													Pety Cash IPSCRS & KL
					Penyusunan sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT	Tersedianya sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (SAMRS)													

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
					Pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung	Terlaksananya Pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung													Rp 500,000,000.00
					Pemenuhan suku cadang dan sparepart yang sering digunakan	Terpenuhinya suku cadang dan sparepart yang sering digunakan													Rp 700,000,000
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	1. Peningkatan pembelian alat kesehatan dalam negeri 2. Penggunaan produk perbekalan farmasi dalam negeri	Resosialisasi penggunaan alkes dalam negeri	Terlaksananya penggunaan alkes dalam negeri													Rp. 3.811.964.000 (terdiri dari pembelian alkes dalam negeri TA 2023: Rp. 3.807.644.000, narsum sosialisasi PDN Rp. 4.300.000)
					Updating produk dalam negeri kepada user	Terlaksananya pembelian alkes dalam negeri													proses pemilihan tidak memerlukan anggran
					Penggunaan dan evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam negeri	Evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam negeri													non budgeting
		4	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**	Peningkatan persentase pemenuhan Alat Kesehatan RS sesuai standar	Evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja)	Terlaksananya evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja)													non budgeting
					Perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas	Terlaksananya perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas													non budgeting
					Pengusulan RAB alkes	Pembuatan RAB													sesuai pagu anggaran alkes 2023
3	Terwujudnya sistem pelayanan	5	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Pengembangan dashboard bisnis rumah sakit	Pengembangan dashboard layanan, keuangan, piutang,	Tersedianya dashboard layanan, keuangan, piutang,													2,500,000,000

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	berbasis teknologi informasi				SDM	SDM													
					Pengembangan aplikasi Keuangan dan inventory	Tercapainya aplikasi aset dan pengembangan lanjutan aplikasi keuangan													
					Self Assesment Tingkat Maturitas BLU 2022	Terlaksananya self assesment tingkat maturitas BLU 2022													
		6	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**	Terwujudnya layanan berbasis Genomic untuk pasien Tuberculosis	pemeriksaan genomic dengan pasien Tuberculosis.	terlaksananya program tersebut													9,000,000,000.00
		7	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**	Pasien dengan resisten obat anti tuberculosis (OAT) dapat disembuhkan dengan obat yang lain.	Ditemukan atau pola resistensi (OAT) untuk masyarakat Indonesia	didapatkan data yang menggambarkan kesehatan penderita Tuberculosis													18,000,000,000.00
		8	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**	Memasukan surveilans HAIS (RM H-07) kedalam E-MR : IDO, VAP, CAUTI, BSI/IADP	Melakukan surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut.	Terlaksananya surveilans IDO, VAP, CAUTI dan BSI berdasarkan data yang tercatat dalam EMR													
		9	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK,	Terlaksananya pengembangan RME Lanjutan (Nicu, Radiotherapi, ICU)	1. Pengembangan sistem RME lanjutan (nicu, radiotherapi, ICU)	Persentase pengembangan sistem RME Lanjutan tahun 2023													

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
			penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)**	Terwujudnya pelaksanaan perangkat	2. Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2023	Persentase kelengkapan perangkat untuk menunjang kegiatan RME lanjutan tahun 2023													** bergabung dengan pengembangan sistem terintegrasi
				Terlaksananya implementasi RME Lanjutan	3. Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME	Tercapainya kegiatan pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME													
				Penyempurnaan rekam medik elektronik	1. Rapat koordinasi terkait hasil monev rekam medik elektronik 2. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia	Pengisian rekam medik berjalan optimal													
				Acuan nya harus dibahas sesuai roadmap simrs, kami mengikut	Monitoring pengisian integrasi RME unit penunjang	Terlaksananya monitoring integrasi RME unit penunjang													untuk monitoring integrasi RME non budgeting
					Evaluasi integrasi RME unit penunjang	Terlaksananya evaluasi integrasi RME unit penunjang													
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	1. Terwujudnya kegiatan audit medik regular berdasarkan kasus prioritas RS 2. Terwujudnya kegiatan Audit Medik berdasarkan permintaan 3. Terwujudnya kegiatan Audit 5 standar pelayanan	Membuat panduan, kebijakan dan SPO	Capaian kegiatan audit medik regular berdasarkan kasus prioritas RS													
					Monitoring dan Evaluasi kegiatan	Capaian Kegiatan audit medik berdasarkan permintaan	TENTATIVE / BERDASARKAN PERMINTAAN												

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
				kedokteran dimasing-masing KSM (PPK,CP, SPO, Standing Order, Algoritma)	Pelaksanaan kegiatan audit	Capaian kegiatan audit kepatuhan 1-5 standar pelayanan medis oleh KSM (PPK,CP,SPO,Standing Order, Algoritma)													
		11	Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif		Mendokumentasikan data hasil audit	Capaian kegiatan pembahasan kasus sulit, kasus terpadu, dan kasus kematian													
		12	Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**	MDT pada kasus sulit	Mengikuti kegiatan MDT di KSM	Penurunan angka kematian	situasional												non budgeting
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**	Audit medis pada 9 kasus layanan prioritas	1. Sosialisasi Kasus Layanan Prioritas ke seluruh KSM terkait 2. Pengukuran Indikator Klinis oleh masing2 KSM terkait 3. Audit Medis pada kasus layanan prioritas oleh Komite Medik 4. Pelaporan dan rekomendasi hasil audit medis kepada Direktur Utama	Terlaksananya audit medis pada kasus layanan prioritas													Non budgeting
		14	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;**	Dukungan terhadap Tim Ponek	Peran serta terhadap terlaksananya SC cito	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;**	situasional												
6	Terwujudnya pelayanan center of excellence	15	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**	Monev terhadap layanan unggulan bertaraf Internasional	Peran serta terhadap terwujudnya layanan unggulan Internasional	Terwujudnya layanan unggulan bertaraf Internasional													non budgeting

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	secara optimal	16	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**	1. Terkait pelayanan obat Farmasi : a. Perbaikan waktu tunggu obat rawat jalan melalui perbaikan alur pelayanan sehingga lebih ringkas dan efisien dari segi waktu dan tenaga b. Renovasi apotik rawat jalan sehingga ruang dispensing dan loket lebih luas dan memudahkan pelayanan.	Meng-aktifkan sistem antrian untuk menghitung waktu tunggu	Respon time Obat racikan dan non racikan sesuai standar (sejak pasien resep diterima oleh petugas farmasi sampai obat diterima oleh pasien)													
					Menambah petugas TTK dan Apoteker														
					Menambah TV display antrian														
					Rencana pindah ke tempat yang baru (lebih sesuai dgn alur pelayanan) dan ruang tunggu yang lebih luas														
					Mengembangkan EWS dalam verifikasi, pengkajian kesesuaian terhadap Fornas.														
					Brdiging system BPJS dengan pelayanan resep rawat jalan														
					Kerjasama dengan pihak ke-3 untuk mengantar obat.														
				2. Terkait Instalasi Rawat Jalan : a. Perbaikan waktu tunggu rawat jalan	Peningkatan pelayanan paperless di setiap loket poliklinik	Respon time pelayanan rawat jalan sesuai standar (sejak cetak SEP s/d pasien ditangani oleh dokter)													300,000,000.00
					Membuat sistem pelayanan per sesi jam kunjungan														1. Untuk alat finger print dan monitor
					Usulan sistem antrian digital di setiap poliklinik														2. Anggaran SIRS
		17	Penundaan Waktu Operasi Elektif**	Pemantauan penundaan waktu operasi elektif	Peningkatan peran serta seluruh stake holder yang terkait pelayanan operasi elektif	Penundaan waktu operasi elektif ≤1 jam sesuai standar (3%)													5,500,000

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
					Peningkatan koordinasi dalam persiapan pelayanan operasi elektif sesuai jadwal operasi yang telah disusun ke unit terkait (KS Pelayanan Medik, KSM, IRIN, Farmasi, ISSB, IPSRS)														
					Peningkatan monitoring dan evaluasi alasan penundaan operasi elektif ke unit terkait (KSM, IRIN, IRJ, IRI, Farmasi, ISSB, IPSRS)														
		18	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**	Pemantauan Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik	Usulan pembuatan nama dokter dan jam praktek pada setiap poliklinik	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sesuai jadwal													38,500,000.00
					Sistem reward untuk tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu melebihi target														8,400,000
		19	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**	Pemantauan Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap	Peningkatan Monev visite DPJP	Visite pasien rawat inap oleh DPJP ≤jam 14.00 tercapai 100%													tidak ada
					Membentuk tim monev visite DPJP, yang terdiri dari Kepala ruangan dan Ka Sub Pelayanan, yang mampu membuat laporan sesuai data yang ada diruangan														

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		20	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**	1. Peningkatan fasilitas parkir sesuai standar 2. Perbaikan sarana prasarana parkir	Pembagian Zonasi Parkir untuk pengunjung dan pegawai	Terlaksananya Zonasi Parkir untuk pengunjung dan karyawan													dilakukan vendor parkir
					Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi	Terlaksananya Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi													dilakukan vendor parkir
					Perubahan alur parkir menjadi 1 arah (counter clockwise)	terlaksananya Perubahan alur parkir menjadi 1 arah (counter clockwise)													dilakukan vendor parkir
					Penambahan kantong parkir di area rumah dinas	Terlaksananya Penambahan kantong parkir di area rumah dinas													Rp 50,000,000.00
					Perbaikan jalan rumah sakit untuk kenyamanan pasien dan pengunjung	Terlaksananya Perbaikan jalan rumah sakit untuk kenyamanan pasien dan pengunjung													No
		21	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**	Monev capaian layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**	Laporan hasil monev ke KSM terkait	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**													non budgeting
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellent	22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**	Monev terhadap layanan unggulan VVIP di RS	Supervisi layanan unggulan VVIP di RS	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**													non budgeting
		23	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)	Peningkatan pelaksanaan MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani	Penguatan pelaksanaan MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani dengan cara berkoordinasi dengan unit terkait	Terlaksananya MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani	Sesuai Kebutuhan												Rp 5,000,000

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		24	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Terlaksananya monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis													
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	25	jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi	1. Peningkatan penelitian respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan 2. Peningkatan karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal internasional yang terakreditasi	Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi SDM Kesehatan dan Non Kesehatan	1. Peningkatan Jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan 2. Peningkatan Jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal internasional yang terakreditasi													50,000,000
		26	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun		Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah														500,000,000
					Kerjasama multicentre baik nasional maupun internasional														—
		27	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten													50,000,000
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	28	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan	Menyediakan aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online	Tersedianya aplikasi yang mendukung pendidikan online													Rp. 50.000.000
					Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini	Terlaksananya pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini													Rp. 25.000.000
					Sarana prasarana pendidikan dengan teknologi terkini	Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan menggunakan teknologi terkini													Rp. 30.000.000

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		29	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**	Monev terhadap layanan unggulan 9 layanan prioritas minimal strata utama**	Supervisi layanan unggulan 9 layanan prioritas minimal strata utama**	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**													non budgeting
10	Tingkat kepuasan stakeholder	30	Indeks Kepuasan Masyarakat**	Peningkatan Kapasitas staf dalam Pengelolaan Survei Kepuasan Masyarakat. serta Optomalisasi Penggunaan Link dan Barcode Survei Kepuasan Masyarakat	Berlangsungnya kegiatan Survei Indeks Kepuasan Masyarakat setiap Bulannya Di RSUP Persahabatan Untuk mendapatkan Nilai Survei Per Bulan, Triwulan, Semester, & Per Tahun	1. Persyaratan													
		31	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**	Peningkatan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di RSUP Persahabatan	Peningkatan kualitas service ekselen	Peningkatan kepuasan pasien terhadap pelayanan di RSUP Persahabatan													Rp. 45.000.000
					Pelatihan SDM dalam mengelola hasil survey kepuasan pasien														Rp. 30.000.000
					Pengembangan survey kepuasan pasien dengan sistem digital														Rp. 1.200.000
					Pelaksanaan survey kepuasan pasien secara independen														Rp. 65.000.000
					Pemenuhan dan perbaikan sarana prasarana fasilitas umum (toilet pasie, ruang utnggu, taman, parkir)														Toilet pasien Cempaka Atas Rp 187.786.000
					Pemenuhan kebutuhan pasien dibidang pelayanan medik														sesuai anggaran kebutuhan pasien terkait dengan pelayanan medik

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
11	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	32	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**	1. Tercapainya target 13 INM di RSUP Persahabatan 2. Terselenggaranya mutu pelayanan sesuai standar akreditasi yang tercermin dalam capaian INM	1. pengumpulan data INM, pembahasan dan evaluasi 2. Validasi Data 3. Monev	Terkumpulnya laporan capaian INM beserta analisa dan rencana perbaikan													Reedukasi pengukuran & validasi data, evaluasi capaian dan pembuatan PDSA (Peserta PIC 1 & 2 serta Ka Unit Kerja_April 2023) Rp. 10.000.000,- Pendampingan Indikator Juli dan Oktober 2023 Non budget
		33	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**	1. Terwujudnya budaya keselamatan pasien dalam kegiatan sehari-hari 2. Terkelolanya laporan IKP dengan baik 3. Terwujudnya pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien	pengumpulan laporan IKP, regrading dan pembahasan upaya tindak lanjut dengan unit terkait	Tersusunya laporan IKP beserta evaluasi dan rencana tindak lanjut, Tidak terjadinya IKP sentinel dengan kategori never event													Pelaksanaan survey budaya keselamatan, Reedukasi IKP secara keseluruhan/ Ka. Unit Kerja/ Rp. 10.000.000,-, Penguatan Monev/Non Budgeting, Sosialisasi Manajemen risiko meliputi penyusunan daftar risiko dan FMEA/Ka. Unit Kerja/Rp. 10.000.000,-/, Patient safety award (lomba pembuatan poster edukasi keselamatan pasien /civitas hospitalia/Rp. 10.000.000/Agustus 2023, Survey

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
																			Budaya Keselamatan/Pihak luar /Random sampling)/Rp. 80.000.000 /Juli 2023.
		34	Kepatuhan kebersihan tangan**	Menjadikan kebersihan tangan sebagai budaya di lingkungan RSUP Persahabatan	1. Reminder kebersihan tangan dengan media video dan paging	Terlaksananya tayangan video dan paging kebersihan tangan sesuai jadwal yang ditentukan													
					2. Audit kebersihan tangan 5 momen di semua ruang perawatan	Terlaksananya audit kebersihan tangan pada Dokter, Perawat, peserta didik, penunjang/pekerja													
					3. Monitoring kelengkapan fasilitas kebersihan tangan	Tersedianya sarana handwash dan handrub di lingkungan RSUP Persahabatan													
		35	Kepatuhan penggunaan APD**	Meningkatkan penggunaan APD pada petugas	1. Melakukan audit ketepatan penggunaan APD di area pelayanan	Terlaksananya audit penggunaan APD di area pelayanan pasien													

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
					pasien.														
					2. Monitoring ketersediaan APD di RS	Terlaksananya monitoring ketersediaan APD dan kebutuhan APD terpenuhi													
					3. Fit Test masker N95	Terlaksananya fit test masker N95 pada petugas kesehatan di pelayanan airborne disease													
		36	Kepatuhan Identifikasi Pasien**	Terimplementasi standar kepatuhan identifikasi di seluruh area dan proses pelayanan pasien	Monev kepatuhan identifikasi pasien oleh unit kerja terkait	Tidak adanya IKP terkait kesalahan identifikasi pasien													Koordinasi dengan unit terkait agar sasaran keselamatan pasien diimplementasikan secara konsisten (pendampingan) non Budget
		37	Pelaporan hasil kritis laboratorium**	1. Digitalisasi pelaporan nilai kritis by system. 2. Pelatihan SDM mengenai pelaporan nilai kritis	1. Membuat konsep pelaporan nilai kritis secara digital dengan berkolaborasi dengan SIMRS. 2. Melakukan pelatihan internal terhadap semua staf analis di laboratorium mengenai nilai kritis	1. Terdapat konsep pelaporan nilai kritis secara digital. 2. Terjadinya pelatihan internal di laboratorium													

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		38	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional**	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah Peresepan obat oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional.	Menghitung Jumlah R/ yang sesuai dengan formularium nasional.	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu kepada formularium nasional													
		39	Kepatuhan alur klinis (<i>clinical pathway</i>)**	Pelayanan sesuai clinical pathway	1. Pemilihan clinical pathway RS 2. Penyusunan Clinical Pathway 3. Implementasi Clinical Pathway 4. Monev Clinical Pathway 5. Efisiensi Clinical Pathway	Terlaksananya kepatuhan layanan sesuai clinical pathway													
		40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**	Terimplementasi standar kepatuhan pencegahan risiko jatuh di seluruh area dan proses pelayanan pasien	Monev kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh oleh unit kerja terkait	Tidak adanya IKP terkait pasien jatuh													Koordinasi dengan unit terkait agar sasaran keselamatan pasien diimplementasikan secara konsisten (pendampingan) non Budget
12	Terwujudnya Pengampunan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	41	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Program pengampunan RS Jejaring TB di Indonesia	Pengajuan Sarana prasarana dan SDM untuk program pengampunan	Terpenuhinya sarana dan prasarana SDM untuk program pengampunan													Rp. 4.100.000.000.000
					Proktorship kepada RS Pengampu	Terlaksananya kegiatan proktorship kepada RS Pengampu													Rp. 34.044.000

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
					Terlaksananya pencatatan dan pelaporan RS yang diampu	Terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang berkualitas untuk RS yang diampu													Rp. 7.300.000
					Penyusunan aplikasi KOMEN untuk layanan pengampuan	Terlaksananya inisiasi aplikasi KOMEN untuk layanan pengampuan													Rp. 7.300.000
		42	Pengampuan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**	Dukungan terhadap Pengampuan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**	Koordinasi dengan Tim Pengampu	Terlaksananya pengampuan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**													non budgeting
		43	Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**	Dukungan terhadap layanan unggulan VVIP di RS	Koordinasi dengan Tim Pengampu	Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**													non budgeting
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	44	Benchmarking/Sister Hospital	Program Sister Hospital	Pengusulan program potensial sister hospital dengan beberapa negara di Dunia	Terlaksananya sister hospital dengan 1 negara													Rp 10,000,000
					Penguatan sister hospital dengan terwujudnya Ikatan Kerjasama Luar Negeri														
		45	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir	Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir	Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir													sesuai kebutuhan pelayanan unggulan respirasi
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	46	Persen(%) kenaikan POBO	Monitoring dan evaluasi atas pendapatan PNBP dan biaya operasional	menghitung Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	Terlaksananya penghitungan Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional													

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		47	Persen(%) kenaikan Revenue	Optimalisasi penyerapan anggaran dengan memaksimalkan system IT terintegrasi	Optimalisasi penyerapan anggaran dengan memaksimalkan system IT terintegrasi	Peningkatan revenue RS													1,500,000,000
		48	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**	Terwujudnya tindak lanjut LHP BPK tuntas.	1. Pendampingan dan konsultasi dengan Tim BPK . 2. Melakukan Tindak Lanjut LHP BPK, secara berkesinambungan. 3. Update Data dan konsultasi dengan Tim Itjen.	Terlaksananya prosentasi rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**													
		49	Persentase realisasi target pendapatan BLU**	Terlaksananya pemantauan realisasi pendapatan secara akurat setiap bulannya	1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pendapatan BLU sesuai dengan pencatatan penerimaan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Melaporkan ke KPA maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari pendapatan BLU maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.													
		50	Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**	Terlaksananya pemantauan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari rupiah murni secara akurat setiap bulannya	1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas	Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.													

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Program Kerja Strategis 2023	Kegiatan	Output Kegiatan	Time Table												Rencana Usulan Anggaran dari Unit
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
					maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.														
		51	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**	Terlaksananya pemantauan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari BLU secara akurat setiap bulannya	1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Rekonsiliasi dengan KS Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran. 3. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari Dana PNPB BLU maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.													
		52	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**	Monev peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**	Supervisi pelayanan unggulan VVIP	Peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**													
		53	Persentase nilai EBITDA Margin	Monitoring atas Surplus / Defisit atas pendapatan terhadap biaya	Penghitungan EBITDA MARGIN	Terlaksananya penghitungan atas Surplus/Defisit RS terhadap biaya operasional RS													

B. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja merupakan suatu dokumen pernyataan kinerja/kesepakatan kinerja antara Direktur Utama RSUP Persahabatan dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan sebagai untuk mewujudkan target kinerja berdasarkan sumber daya yang dimiliki oleh RSUP Persahabatan. Tujuan penyusunan perjanjian kinerja adalah sebagai komitmen antara RSUP Persahabatan untuk meningkatkan integritas, akuntabilitas, transparansi dan kinerja, menciptakan tolok ukur kinerja sebagai dasar evaluasi kinerja, sebagai dasar penilaian keberhasilan/kegagalan pencapaian tujuan dan sasaran organisasi dan sebagai dasar pemberian penghargaan dan sanksi, sebagai dasar bagi Kementerian Kesehatan untuk melakukan monitoring, evaluasi dan supervisi atas perkembangan/kemajuan kinerja rumah sakit dan sebagai dasar dalam penetapan sasaran kinerja pegawai. Penetapan indikator pada perjanjian kinerja disusun berdasarkan revisi ke 3 rencana strategis bisnis tahun 2020-2024, selama tahun 2023 tidak ada perubahan perjanjian kinerja. Secara lebih rinci Indikator Kinerja dan Target yang akan dicapai pada tahun 2023 sebagai berikut :

Gambar 2. Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan Tahun 2023

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP PERSAHABATAN**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : DR.dr. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K), FISR, FAPSR
Jabatan : Direktur Utama RSUP Persahabatan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, 30 Januari 2023

Pihak Kedua,



dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002

Pihak Pertama



**Prof. DR.dr. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K),
FISR, FAPSR**
NIP 197408142006041010

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RSUP PERSAHABATAN

Sasaran Program/Kegiatan		Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persen(%) staf yang berkinerja ekselen	85%
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	98%
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	70%
		4	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**	95%
3	Terwujudnya sistem pelayanan berbasis teknologi informasi	5	Terbentuknya dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	75%
		6	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**	1 layanan
		7	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**	5000 sampel
		8	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**	1 sistem
		9	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)**	100%
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	5 PPK/KSM/Th
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif	4
		12	Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**	≤2,5%
		13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**	2 kali
		14	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit,**	≤ 30 menit
6	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	15	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**	1 layanan
		16	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**	≥ 80%

	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
		17	Penundaan Waktu Operasi Elektif**	≤ 3%
		18	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**	≥ 80%
		19	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**	≥ 80%
		20	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**	70%
		21	Tercapainya target indikator Minis layanan prioritas Kamikar, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**	1 indikator tercapai setiap layanan
		22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**	Sesuai RBA
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	23	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)	95%
		24	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	80%
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	25	Jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi	20
		26	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	40
		27	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	10
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	28	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	1
		29	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**	1 layanan
10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	30	Indeks Kepuasan Masyarakat**	≥ 80%
		31	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**	≥ 80%
11	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	32	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**	12 laporan
		33	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**	12 laporan
		34	Persentase Kepatuhan kebersihan tangan**	≥ 90%
		35	Persentase Kepatuhan penggunaan APD**	100%
		36	Persentase Kepatuhan Identifikasi Pasien**	100%
		37	Persentase Pelaporan hasil kritis laboratorium**	100%
		38	Persentase Kepatuhan penggunaan formulirum Nasional**	≥ 90%
		39	Persentase Kepatuhan alur klinis (clinical pathway)**	≥ 85%
		40	Persentase Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**	100%

Sasaran Program/Kegiatan		Indikator Kinerja		Target
(1)	(2)	(3)		(4)
12	Terwujudnya Penguasaan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	41	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	6
		42	Pengampunan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**	1
		43	Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**	1
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	44	Benchmarking/Sister Hospital	2
		45	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkumpul di Asia Tenggara	50%
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	46	Persen(%) kenaikan POBO	78%
		47	Persen(%) kenaikan Revenue	4.88%
		48	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**	92,5%
		49	Persentase realisasi target pendapatan BLU**	95%
		50	Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**	97%
		51	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**	95%
		52	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**	10%
		53	Persentase nilai EBITDA Margin	15%

Program

1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN
2. Program Dukungan Manajemen

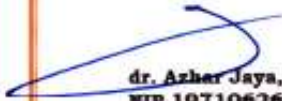
Total
Anggaran

Rp 975.569.326.000
 Rp 101.262.151.000

Rp 1.078.831.477.000

Jakarta, 30 Januari 2023

Pihak Kedua,



dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 19710626000031002

Pihak Pertama,



Prof. DR. dr. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K),
FISIR, FAPSR
NIP 197408142006041010

Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut diatas, jumlah dana menggunakan DIPA Awal sebesar Rp 1.078.831.477.000 yang bersumber dari Rupiah Murni sebesar Rp 103.262.151.000,- dan PNBP BLU sebesar Rp 600.000.000.000,- dan Pinjaman Luar Negeri (IsDB) sebesar Rp. 375.569.326.000,-.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja adalah kegiatan manajemen dengan membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan standar, rencana atau target dengan menggunakan indikator kinerja yang telah ditetapkan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang telah dicapai oleh satuan kerja sehingga dapat menilai keberhasilan satuan kerja. Pelaksanaan pengukuran kinerja RSUP Persahabatan dilakukan terhadap Target Indikator Kinerja yang telah ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja antara Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan tahun 2023 dengan Kementerian Kesehatan.

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan:

- Antara target tahun 2023 dan target tahun 2024 serta target nasional (jika ada) dengan realisasi tahun berjalan.
- Capaian Kinerja dengan target, antara tahun berjalan dengan capaian kinerja tahun tahun sebelumnya sepanjang indikatornya sama.

Dalam membandingkan capaian kinerja nyata atau realisasi dengan target, dilakukan analisis per Indikator dengan mengungkapkan kegiatan-kegiatan yang terkait langsung dengan indikator maupun yang bersifat pendukung.

Dalam Analisis mengenai pencapaian sasaran strategis, dilakukan terhadap realisasi sasaran strategis yang bersifat keluaran (*output*) yang penting maupun *output* lainnya. Berikut adalah *Key Performance Indicator* (KPI) yang dilengkapi dengan program kerja strategis, indikator yang menunjang terwujudnya program kerja strategis serta target yang ditetapkan untuk RSUP Persahabatan Tahun 2023, rincian gambaran tentang pencapaian kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan menurut sasaran strategis adalah sebagai berikut :

Tabel 7. Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2020, 2021, 2022 serta target tahun 2024

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persen(%) staf yang berkinerja ekselen	70%	39.60%	56.57%	75%	64.30%	85.73%	80%	80.36%	100.45%	85%	86,43%	101,68%	90%	96,03%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentasi keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	90%	94%	104.44%	91%	89.90%	98.79%	92%	85.36%	92.78%	98%	95,68%	97,64%	100%	95,68%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	70%	95,60%	136,57%	70%	136,57%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
		4	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	95%	97,10%	102,21%	95%	102,21%	95%	102.21%
		5	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	75%	100%	133%	75%	133,33%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
		6	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1 layanan	1	100%	1 layanan	100,00%	1 layanan	100%
3	Terwujudnya sistem pelayanan berbasis teknologi informasi																		

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
		7	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5000 sampel	249	15%	5000 sampel	4,98%	5000 sampel	4.98%
		8	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1 sistem	1	100%	1 sistem	100,00%	1 sistem	100%
		9	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100%
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5 PPK/KSM/Th	5	100%	5 PPK/KSM/Th	100,00%	5 PPK/KSM/Th	100%
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	100%	4	80,00%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
		12	Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≤2,5%	2,12%	100,00%	≤2,5%	100,00%	≤2,5%	100%
		13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2 kali	2	100%	2 kali	100,00%	2 kali	100%
		14	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≤ 30 menit	15	100%	≤ 30 menit	100,00%	≤ 30 menit	100%
6	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	15	Terselenggara nya layanan unggulan bertaraf internasional **	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1 layanan	4	400%	1 layanan	400,00%	1 layanan	400%
		16	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 80%	66%	82%	≥ 80%	82,41%	≥ 80%	82.41%
		17	Penundaan Waktu Operasi Elektif**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≤ 3%	2,86%	100,00%	≤ 3%	100,00%	≤ 3%	100%
		18	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 80%	84,48%	105,61%	≥ 80%	105,61%	≥ 80%	105.61%

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
		19	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 80%	98,05%	122,57%	≥ 80%	122,57%	≥ 80%	122.57%
		20	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	70%	74,98%	107,11%	70%	107,12%	70%	107.12%
		21	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1 indikator tercapai setiap layanan	1	100%	1 indikator tercapai setiap layanan	100,00%	1 indikator tercapai setiap layanan	100%
		22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Sesuai RBA	1	100%	Sesuai RBA	100,00%	Sesuai RBA	100%
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellent	23	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)	80%	94.90%	118.63%	85%	84%	98.82%	90%	100%	111.11%	95%	100%	105%	100%	100,00%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
		24	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	80%	90,84%	113,54%	80%	113,54%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	25	jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	20	23	115%	20	115,00%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
		26	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	40	113	283%	40	282,50%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
		27	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	10	18	180%	10	180,00%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	28	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	2	200%	1	200,00%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
		29	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1 layanan	1	100%	1 layanan	100,00%	1 layanan	100%
10	Tingkat kepuasan stakeholder	30	Indeks Kepuasan Masyarakat*	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 80%	89,032%	111,29%	≥ 80%	111,29%	≥ 80%	111.29%
		31	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 80%	88,95%	111,19%	≥ 80%	111,19%	≥ 80%	111.19%

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
11	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	32	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12 laporan	12	100%	12 laporan	100,00%	12 laporan	100%
		33	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12 laporan	12	100%	12 laporan	100,00%	12 laporan	100%
		34	Kepatuhan kebersihan tangan**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 90%	91,67%	101,86%	≥ 90%	101,86%	≥ 90%	101.86%
		35	Kepatuhan penggunaan APD**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	99,54%	99,54%	100%	99,54%	100%	99.54%
		36	Kepatuhan Identifikasi Pasien**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	99,64%	99,64%	100%	99,64%	100%	99.64%
		37	Pelaporan hasil kritis laboratorium **	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	100%	100%	100%	100,00%	100%	100%
		38	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 90%	93,40%	103,78%	≥ 90%	103,78%	≥ 90%	103.78%
		39	Kepatuhan alur klinis (clinical pathway)**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 85%	93,10%	109,53%	≥ 85%	109,53%	≥ 85%	109.53%

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
		40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	99,60%	99,60%	100%	99,60%	100%	99.60%
12	Terwujudnya Pengampunan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	41	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6	26	433%	6	433,33%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
		42	Pengampunan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	100%	1	100,00%	1	100%
		43	Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	6	600%	1	600,00%	1	600%

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	44	Benchmarking/Sister Hospital	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	100%	2	100,00%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
		45	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50%	80%	160%	50%	160,00%	Tidak ada target nasional karena definisi operasional disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit	NA
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	46	Persen(%) kenaikan POBO	75%	108.53%	144.71%	76%	108.93%	143.33%	77%	66.66%	86.57%	78%	82,95%	106,35%	80%	103,69%	65%	127.62%
		47	Persen(%) kenaikan Revenue	4.63%	8%	172.79%	4.69%	19.675	41950.96 %	4.75%	6.81%	143.37%	4.88%	9,19%	188,39%	4.94%	186,10%	15%	61.27%
		48	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti*	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	92.50%	97,40%	105,30%	92.50%	105,30%	92.50%	105.30%
		49	Persentase realisasi target	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	95%	84,34%	88,78%	95%	88,78%	95%	88.78%

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Capaian Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Capaian Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Capaian Tahun 2022	Target 2023	Realisasi Tahun 2023	Capaian Tahun 2023	Target Tahun 2024	Capaian Tahun 2024 pada Realisasi 2023	Target Nasional	Capaian Nasional
			pendapatan BLU**																
		50	Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	97%	97,09%	100,09%	97%	100,09%	97%	100.09%
		51	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	95%	78,22%	82,34%	95%	82,34%	95%	82.34%
		52	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	10%	10,39%	103,90%	10%	103,90%	10%	103.90%
		53	Persentase nilai EBITDA Margin	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	15%	-5,17%	-34%	15%	-34,47%	15%	-34.47%

1. Analisa Capaian Kinerja

1) Persentase Staf Yang Berkinerja Excellent

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 8. Capaian Persentase Staf yang Berkinerja Excellent

Realisasi Persentase staf yang berkinerja ekselen	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	70%	39,6%	75%	64,30%	80%	80,36%	85%	86.43%	90%	
Capaian	56,57%		85,73%		100,45%		101.68%		96.03%	Tidak ada target nasional

Analisa:

Persentase staf yang berkinerja ekselen adalah persentase jumlah staf yang mempunyai kompetensi dan capaian kinerja secara nyata melebihi standar yang telah ditetapkan (sesuai kriteria staf medis, staf keperawatan dan staf klinis lain , staf non kesehatan).

Kriteria staf medis :

- zero complain (jika ada complain dapat diselesaikan dalam waktu 1x24 jam),
- kualitas kinerja 80% (capaian OPPE),
- publikasi ilmiah / menjadi pemateri / melakukan inovasi pelayanan.

Kriteria staf keperawatan dan staf klinis lain :

- zero complain,
- kualitas kinerja 40% (indikator kinerja individu),
- ikut dalam penelitian / publikasi ilmiah / pemateri, melakukan inovasi pelayanan.

Kriteria staf non kesehatan :

- zero complain,
- kualitas kinerja 40% (indikator kinerja individu),
- mendapat penghargaan ditingkat rumah sakit maupun di luar rumah sakit.

Pengumpulan data staf yang berkinerja ekselen dilakukan 2 kali dalam setahun (semester). Metode pengumpulan data secara retrospektif diperoleh dari seluruh unit kerja yang melaporkan data staf berkinerja ekselen ke Kelompok Substansi Sumber Daya Manusia.

Formula Perhitungan :

$$= (\text{Jumlah staf yang berkinerja ekselen} : \text{Jumlah seluruh staf}) \times 100\%$$

$$= (242:280) \times 100\%$$

$$= 86.43\%$$

Realisasi capaian tahun 2023 sebesar 86.43%. Numerator staf berkinerja ekselen adalah 242 pegawai tetapi total rincian ada 247, 5 pegawai mendapatkan 3 kriteria (sebagai pembicara, melakukan publikasi penelitian dan mendapatkan penghargaan). Salah satu penghargaan yang diperoleh staf RSUP Persahabatan yaitu penghargaan bagi Tenaga kesehatan Teladan dan SDM Penunjang Tingkat Nasional Tahun 2023.



Gambar 3 drg. Falah Kartikawati, Sp.KGA Penerima Penghargaan Tenaga Kesehatan Teladan Tahun 2023

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam 2. Bantuan dana pendidikan IsDB 3. Pemberian bantuan untuk publikasi karya ilmiah di jurnal internasional 4. Pelatihan good clinical practice 5. Survey implementasi nilai ber Akhlak 6. Reward bagi petugas dan dokter untuk pemeriksaan diluar jam kerja	1. Jam pelatihan karyawan Th 2023 tercapai: 66.251 JPL 2. Bantuan dana pendidikan IsDB telah terdistribusi untuk dokter, perawat, nakes lain dan non nakes 3. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah selama tahun 2023 telah diajukan untuk 5 orang peneliti dari dokter spesialis dan apoteker 4. Pelatihan good clinical practice belum terlaksana di semester 1 5. Sosialisasi ASN berakhlak sudah terlaksana ditahun 2023 tetapi Survey implementasi nilai ber Akhlak	Capaian tahun 2023 telah memenuhi target tahun 2023, keberhasilan capaian persentase staf berkinerja ekselen meningkatkan kompetensi pegawai, semakin banyak pegawai yang kompeten akan mempengaruhi peningkatan pelayanan dan meningkatkan citra baik rumah sakit.

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
	belum terlaksana di tahun 2023 6. Pelayanan diluar jam kerja telah terlaksana ditahun 2023 untuk pelayanan eksekutif di Griya Puspa. Pelayanan sore pukul 16.00-18.00 dihari senin-jum'at dan hari sabtu.	

Kendala:

Kompetensi staf terkait penelitian dan sebagai narasumber seminar/pelatihan belum merata.

Langkah strategis perbaikan:

1. Pemerataan kepada staf nakes dan non nakes untuk menjadi narasumber
2. Berkoordinasi dengan unit kerja untuk pengumpulan data dukung
3. Pengembangan modul pelatihan untuk pemenuhan jam pelatihan bagi setiap pegawai

Rekomendasi:

Memfasilitasi kegiatan pelatihan penyusunan penelitian dan pelatihan sebagai narasumber/*public speaking* bagi tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan.

2) Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 9. Capaian persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti

Realisasi Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	90%	94%	91%	89,90%	92%	85,36%	98%	95.68%	100%	Tidak ada target nasional
Capaian	104,44%		98,79%		92,78%		97.64%		95.68%	

Analisa:

Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti adalah persentase jumlah keluhan sarana prasarana tertulis dari unit kerja ke IPSRS dan ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam.

Pengumpulan data persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti dilakukan setiap bulan (12 kali dalam setahun). Metode pengumpulan data

secara retrospektif yaitu hasil rekapitulasi laporan keluhan dan perbaikan dari seluruh unit menggunakan aplikasi SAMRS yang dikelola oleh Instalasi Pemeliharaan Sarana, Prasarana Rumah Sakit dan Kesehatan Lingkungan.

Formula Perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah keluhan yang ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam} : \text{jumlah seluruh keluhan yang diterima}) \times 100\% \\
 &= (3014:3150) \times 100\% \\
 &= 95.68\%
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti tahun 2023 tercapai 95.68% capaian belum mencapai target (98%). Total keluhan selama tahun 2023 berjumlah 3150 keluhan, total keluhan yang dapat ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam adalah 3014. Terdapat 136 keluhan ditindaklanjuti lebih dari 1x24 jam yaitu keluhan perbaikan alat medik.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali sesuai standar 2. Penyusunan sistem manajemen complain sarana prasarana berbasis IT 3. Pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung 4. Pemenuhan suku cadang dan sparepart yang sering digunakan	1. Monev respon time perbaikan dan penyampaian complain kerusakan sarpras dan alat medik dilakukan setiap bulan melalui aplikasi SAMRS 2. Pemeliharaan sarpras dilakukan oleh teknisi RS dan beberapa alat khusus apabila ada kerusakan di maintenance oleh vendor yang telah berkontrak 3. Pemenuhan suku cadang dan sparepart hanya untuk sparepart umum yang sering digunakan.	Capaian belum memenuhi target. Kegiatan telah berjalan sesuai rencana, kendala pada pengadaan alat sparepart khusus yang tidak ada stock oleh RS sehingga membutuhkan waktu lebih lama untuk perbaikan. Pengadaan stock sparepart hanya sparepart umum yang sering digunakan.

Kendala :

Perbaikan alat medik membutuhkan sparepart khusus berdasarkan rekomendasi dari vendor sehingga membutuhkan waktu untuk pengadaan sparepart.

Langkah strategis perbaikan :

1. Mendata sparepart medik khusus yang sulit dicari untuk diprioritaskan pengadaan stock spare part.
2. Penambahan klausul pada perjanjian kerja sama dengan vendor
3. Berkoordinasi dengan Instalasi Pengadaan Barang dan Jasa terkait stock spare part



Gambar 4 Aplikasi SAMRS untuk Monev Keluhan Sarpras

Rekomendasi:

Review kontrak service dengan vendor, perbaiki kontrak terkait tenggang waktu perbaikan.

3) Persentase pembelian alat kesehatan Produksi dalam negeri

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 10. Persentase pembelian alat kesehatan produksi dalam negeri

Realisasi Persentase pembelian alat kesehatan dalam negeri	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	70%	95.60%	70%	
Capaian	NA		NA		NA		136.57%		136.57%	

Analisa :

Persentase realisasi pembelian alat kesehatan produksi dalam negeri yang memiliki izin edar bersumber rupiah murni (RM) dan / atau BLU dalam satu

tahun anggaran. Kriteria inklusi adalah alat kesehatan elektromedik dan kriteria eksklusi merupakan alat kesehatan yang termasuk bahan habis pakai.

Metode pengumpulan data secara retrospektif melalui data sekunder yaitu laporan realisasi usulan alat kesehatan dan kertas kerja instalasi pengadaan barang dan jasa.

Formula Perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= \text{Jumlah alat kesehatan dalam negeri yang memiliki izin edar dan dibeli} \\
 &\text{dengan sumber dana RM/BLU dalam satu tahun anggaran : jumlah seluruh} \\
 &\text{alat kesehatan} \\
 &= (284:297) \times 100\% \\
 &= 95.6\%
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian persentase pembelian alat kesehatan produksi dalam negeri tahun 2023 tercapai 95.6%, capaian telah memenuhi target (70%). Jumlah alat yang direalisasi sejumlah 284 alkes, jumlah alat kesehatan dalam negeri sebanyak 284 alkes dan 13 alkes luar negeri.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Resosialisasi penggunaan alkes dalam negeri 2. Updating produk dalam negeri kepada user 3. Penggunaan dan evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam negeri	1. Terlaksananya resosialisasi penggunaan alkes dalam negeri dengan kegiatan pameran AKD pada semester 1 dan 2. 2. Terlaksananya sosialisasi dengan kegiatan presentasi produk dalam negeri pada semester 1 dan 2. 3. Evaluasi penggunaan AKD yaitu bedside monitor dan syringe pump tanggal 5 Mei 2023 dari Instalasi Rawat Inap	Capaian telah memenuhi target satu tahun. Dengan adanya penggunaan alkes dalam negeri membantu mewujudkan sarana prasarana dan alat SPA yang berkualitas

Kendala:

Masih ada pembelian alat medik luar negeri karena beberapa alat medis yang diusulkan memiliki spesifikasi yang tidak ada di alat kesehatan dalam negeri.

Langkah strategis perbaikan:

Mengoptimalkan usulan alat medis menggunakan e-katalog dan melakukan kegiatan sosialisasi serta presentasi alat kesehatan dalam negeri.



Gambar 5 Kegiatan Sosialisasi dan Presentasi AKD pada Tahun 2023

Rekomendasi :

Unit pengusul alkes memberikan justifikasi secara lengkap apabila mengajukan pembelian alat kesehatan luar negeri.

4) Persentase pemenuhan sarana prasarana dan alat (SPA) RS sesuai standar

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 11. Capaian persentase pemenuhan sarana prasarana dan alat (SPA) RS sesuai standar

Realisasi Persentase pemenuhan sarana prasarana dan alat (SPA) RS sesuai standar	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	95%	97.10%	95%	NA
Capaian	NA		NA		NA		102.21%		102.21%	

Analisa :

Indikator merupakan indikator mandatori untuk RS Vertikal dari Ditjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah persentase pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya.

Metode pengumpulan data secara retrospektif melalui aplikasi ASPAK dan survey lapangan. Periode pelaporan dilakukan setiap semester.

Formula Perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah sarpras dan alkes di RS (sarana (S)+prasarana (P)+ alat kesehatan (A)) : standar acuan} \times 100\%) + (\text{Jumlah alat yang dikalibrasi (medik dan non medik) : jumlah alat yang harus dikalibrasi (medik dan non medik)} \times 100\%) : 2 \\
 &= (97.71\% + 93.58\% (\text{kalibrasi medik}) + 100\% (\text{kalibrasi non medik}) / 3 \\
 &= 97.10\%
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian persentase pemenuhan SPA RS sesuai standar pada tahun 2023 tercapai 97.10%. Data sarpras yang belum 100% terinput di ASPAK adalah data alat kesehatan, capaian 2023 sebesar 92.36%, kalibrasi alat medik tercapai 93.58%, terdapat 2479 alat yang sudah terkalibrasi dari 2649 alat yang harus dikalibrasi.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

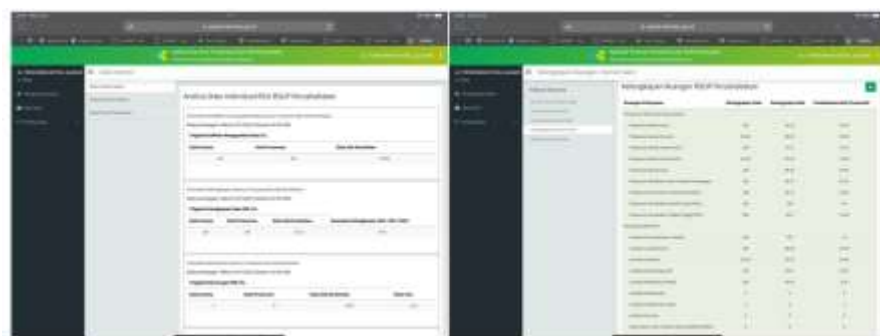
Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja) 2. Perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas 3. Pengusulan RAB alkes	1. Penginputan alkes pada aplikasi ASPAK telah dilakukan oleh Unit kerja dan IPSRS 2. Perencanaan pemenuhan alkes sesuai dengan usulan dari unit kerja berdasarkan prioritas kebutuhan pasien	Capaian belum memenuhi target karena banyaknya alat medik yang menyebar di seluruh ruangan RS sehingga proses penginputan belum 100%.

Kendala:

Kalibrasi alat dilakukan oleh BPFK sehingga menunggu antrian untuk jadwal kalibrasi.

Langkah strategis perbaikan:

1. Validasi data ASPAK untuk kelengkapan alkes pada aplikasi ASPAK
2. Dilakukan supervisi penginputan kalibrasi pada ASPAK yang diinput oleh BPFK
3. Menghitung jumlah alat yang wajib dikalibrasi untuk anggaran tahun 2025



Gambar 6 Penginputan Alkes dan Sarpras pada aplikasi ASPAK

Rekomendasi :

Pemantauan secara berkala untuk penginputan alkes pada aplikasi ASPAK

5) Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 12. Capaian dashboard pengembangan bisnis rumah sakit

Realisasi Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	75%	100%	75%	
Capaian	NA		NA		NA		133.33%		133.33%	NA

Analisa :

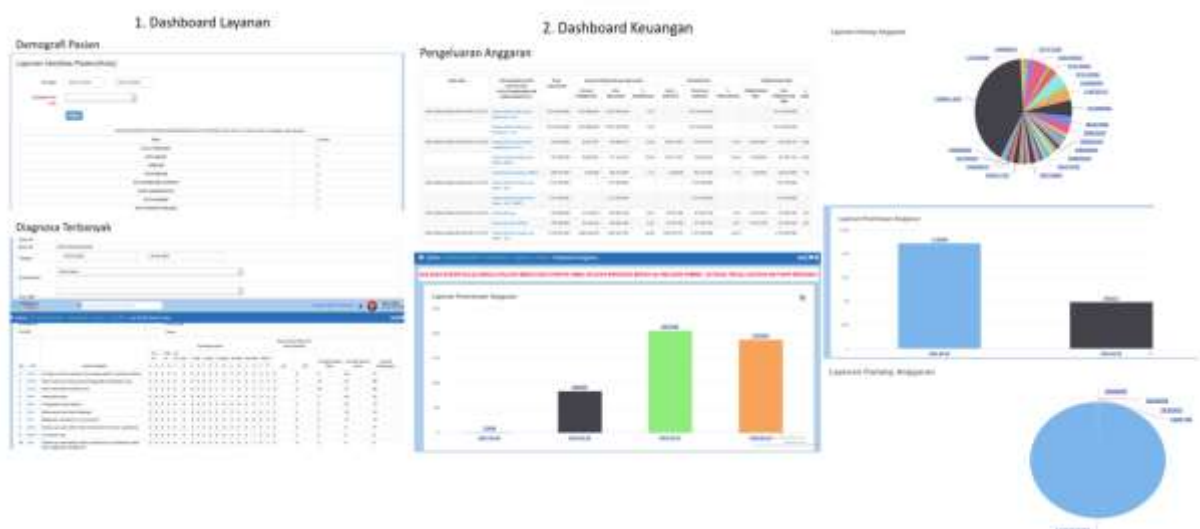
Definisi operasional indikator adalah terwujudnya dashboard realtime sesuai kebutuhan rumah sakit meliputi: dashboard layanan (demografi dan diagnosa terbanyak), dashboard keuangan (pengeluaran anggaran, hutang, pendapatan, piutang), dashboard inventory (pemakaian aset, masa manfaat aset) dan dashboard SDM (pelatihan, jabatan).

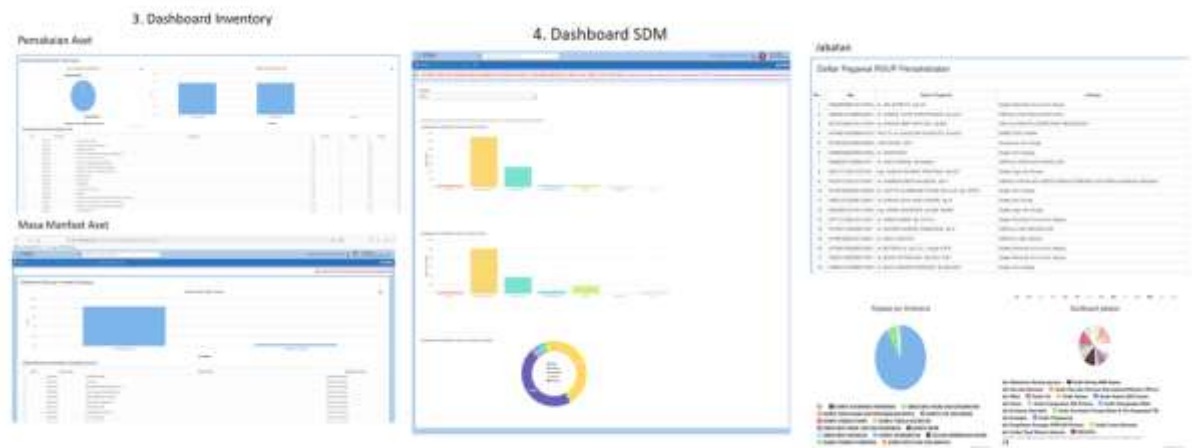
Metode pengumpulan data secara retrospektif melalui Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit dan dilaporkan setiap triwulan.

Formula Perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Dashboard yang berhasil dikembangkan realtime} : \text{target dashboard yang harus dikembangkan realtime}) \times 100\% \\
 &= (10:10) \times 100\% \\
 &= 100\%
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian dashboard pengembangan bisnis rumah sakit tercapai 100%. Jumlah dashboard yang telah selesai dikembangkan adalah 10 dashboard dari total 10 dashboard.





Gambar 7 Dashboard Pengembangan Bisnis Rumah Sakit

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pengembangan dashboard layanan, keuangan, piutang, SDM 2. Pengembangan aplikasi Keuangan dan inventory 3. Self Assesment Tingkat Maturitas BLU 2022	Dashboards yang telah dikembangkan sebagai berikut: demografi, diagnosa terbanyak, pengeluaran anggaran, hutang, pendapatan, piutang, pemakaian asset, manfaat asset, pelatihan dan jabatan	Pengembangan dashboard memudahkan setiap pegawai dalam menyelesaikan pekerjaan sehingga lebih efektif dan efisien serta mengurangi penggunaan kertas dan memudahkan pimpinan untuk melihat data secara real time

Kendala:

Dashboards belum dapat digunakan secara maksimal untuk penarikan data secara real time.

Langkah strategis perbaikan:

Berkoordinasi dengan unit/user untuk evaluasi implementasi dashboard agar dapat dimanfaatkan sesuai kebutuhan.

Rekomendasi:

Pengembangan dashboard layanan agar data dapat diakses secara real time dan dapat dimanfaatkan untuk pemenuhan data klaim BPJS.

6) Terselenggaranya layanan berbasis genomic sesuai dengan kekhususan Hubs

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 13. Capaian terselenggaranya layanan berbasis genomics sesuai dengan kekhususan hubs

Realisasi terselenggaranya layanan berbasis genomics sesuai dengan kekhususan hubs	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1 layanan	1 layanan	1 layanan	1 layanan
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah tersedianya layanan genomic sesuai dengan kekhususan Hubs mulai dari proposal penelitian, ethical clearance, SOP/protokol penelitian, SK tim pelaksanaan, pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan sequencing genome. Sumber data diperoleh dari laporan monitoring dan evaluasi Hubs RS. Periode pengumpulan data dilakukan setiap semester.

Formula perhitungan :

= tersedianya layanan genomic kekhususan Hubs di RSUP Persahabatan
= 1 Layanan

Realisasi capaian pada semester 1 telah tersedia layanan genomic kekhususan Tuberkulosis Hubs di RSUP Persahabatan.



Gambar 8 Tersedianya Pelayanan Squencing Genomic di RSUP Persahabatan

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
pemeriksaan genomic dengan pasien Tuberculosis.	Layanan pemeriksaan genomic dengan pasien tuberculosis telah terlaksana pada tahun 2023	Capaian telah memenuhi target yaitu tersedianya layanan pemeriksaan genomic untuk pasien tuberculosis. Dengan pemeriksaan genomic,

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
		penegakan diagnosis pada pasien tuberkulosis resisten obat bisa lebih baik dan manajemen klinis yang dihasilkan bisa lebih baik serta untuk menentukan jenis obat yang lebih tepat digunakan.

Kendala:

Pemeriksaan HWGS melibatkan lintas instansi eksternal, sehingga pengumpulan sampel terbatas.

Langkah strategis perbaikan:

Aktif berkoordinasi dengan Tim BGSi pusat pihak luar terkait koordinasi pemeriksaan HWGS.

Rekomendasi:

Melakukan monev pemeriksaan HWGS yang sudah berproses.

7) Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 14. Capaian terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

Realisasi terselenggaranya rekrutmen sampel untuk pemeriksaan HWGS	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	5000 sampel	249 sampel	5000 sampel	
Capaian	NA		NA		NA		4.98%		4.98%	4.98%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya. Sumber data diperoleh dari laporan monitoring dan evaluasi Hubs RS. Periode pelaporan setiap semester.

Formula perhitungan :

= Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya
 = 249 sampel

Realisasi capaian pada tahun 2023 tercapai 249 sampel, capaian belum

memenuhi target (5000 sampel).

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
Ditemukan atau pola resistensi (OAT) untuk masyarakat Indonesia	Melakukan koordinasi dan rapat dengan Tim BGSi Pusat dan juga internal rumah sakit, melakukan rapat rutin tim KSM Mikrobiologi dan laboratorium mikrobiologi klinik RSUP Persahabatan setiap pekan atau setiap ada kendala yang terjadi	Target 5000 sampel merupakan target sampai tahun 2025 sehingga pada tahun 2023 belum memenuhi 5000 target. Diharapkan dengan tercapainya 5000 sampel HWGS TB, notifikasi kasus TB dapat terdeteksi sehingga pencegahan penularan kasus TB di Indonesia dapat teratasi

Kendala:

Perubahan data rekrutmen sampel TB RO dan TB SO dari Tim BGSi Pusat sehingga membutuhkan sosialisasi ulang ke Puskesmas-puskesmas (site BGSi). Target 5000 sampel merupakan target selama 3 tahun sampai tahun 2025 sehingga capaian tahun 2023 belum mencapai 5000 sampel.

Langkah strategis perbaikan:

Melakukan rapat koordinasi dengan Tim BGSi Pusat dan internal RS, mengikuti training WGS di BPKP, mengikuti pelatihan Biobank ISO 20387 dan melakukan movev sampel yang sudah berproses.



Gambar 9 Kegiatan Tim BGSi RSUP Persahabatan

Rekomendasi:

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Melakukan surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut	Kegiatan surveilans HAIS menggunakan system sudah terlaksana dan bridging dengan penginputan rekam medik form RM H-07.	Kegiatan surveilans bermanfaat untuk pencegahan dan pengendalian infeksi di RS serta meningkatkan mutu pelayanan RS

Kendala:

Sistem surveilans pada pengisian RM H-07 untuk pasien bayi belum dapat dilakukan karena isi form ada perbedaan dengan pasien dewasa.

Langkah strategis perbaikan:

1. Perbaikan sistem surveilans khusus untuk ruang perina (ruang rawat pasien anak).
2. Evaluasi RM H-07 berkoordinasi dengan Instalasi Rekam Medik dan Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit agar pengisian survey lebih mudah digunakan dan sesuai dengan peraturan terbaru

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi pengisian surveilans HAIS

9) Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 16. Capaian implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)

Realisasi implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	100%	100%	100%
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah persentase rumah sakit vertikal yang melaksanakan rekam medis elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi. Sumber data adalah laporan capaian rekam medis elektronik dari instalasi sistem informasi rumah sakit. Periode pelaporan indikator setiap triwulan.

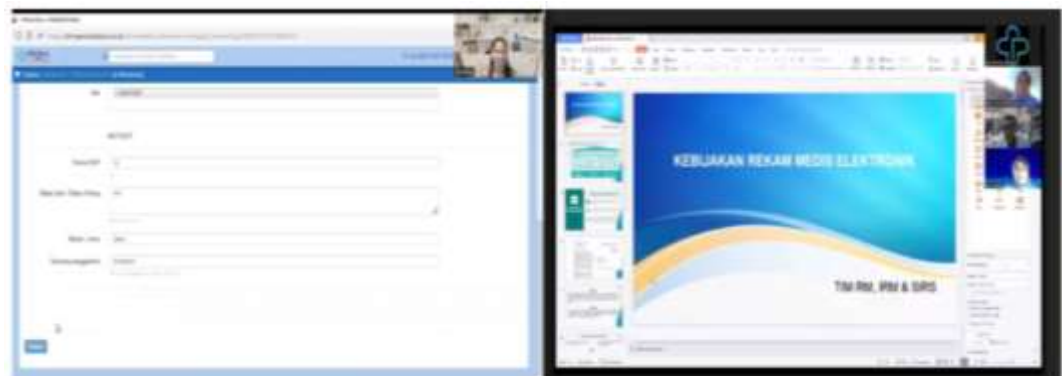
Formulasi Perhitungan :

$$= \left(\frac{\text{jumlah capaian formulir rekam medis elektronik seluruh layanan di RS :}}{\text{jumlah formulir rekam medis seluruh layanan yang seharusnya dilaksanakan dengan rekam medis elektronik}} \right) \times 100\%$$

$$= (11:11) \times 100\%$$

$$= 100\%$$

Realisasi capaian implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi) pada semester 1 tercapai 100%. Seluruh pelayanan telah menggunakan RME yang terintegrasi.



Gambar 11 Sosialisasi dan Pelatihan Pengisian RME

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pengembangan sistem RME lanjutan (nicu, radiotherapi, ICU) 2. Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2023 3. Pelatihan dan sosialisasi	1. Pengembangan sistem RME lanjutan telah tercapai 100% 2. Penambahan perangkat fingerprint untuk verifikasi pasien telah telaksana sejak triwulan III 3. Pelatihan dan sosialisasi	Capain RME telah memenuhi target capaian 100%. Dengan adanya RME mewujudkan sistem pelayanan berbasis teknologi dan terintegrasi sehingga pelayanan kepada pasien menjadi lebih efektif dan efisien serta dapat mengurangi

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
aplikasi RME 4. Rapat koordinasi terkait hasil monev rekam medik elektronik 5. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia 6. monitoring pengisian integrasi RME unit penunjang 7. Evaluasi integrasi RME unit penunjang	aplikasi RME dilakukan secara berkala sesuai urutan aplikasi yang telah selesai dikembangkan. 4. Rapat koordinasi monev RME dilakukan berkala bersama tim review RM, Instalasi Rekam Medik dan SIRS. 5. Evaluasi integrasi RME unit penunjang telah dilakukan secara berkala	biaya cetakan medik.

Kendala:

Kepatuhan petugas dalam penulisan informasi pada RME secara lengkap dan pengembalian rekam medik tepat waktu belum maksimal dan fasilitas tanda tangan elektronik pada RME belum tersedia.

Langkah strategis perbaikan:

1. Melakukan evaluasi pengisian kelengkapan rekam medik elektronik setiap hari dilakukan oleh petugas instalasi rekam medik.
2. Review pengisian rekam medik elektronik oleh tim review rekam medik terdiri dari DPJP, perawat dan petugas instalasi rekam medik.

Rekomendasi :

1. Monev implementasi RME secara berkala untuk penyempurnaan aplikasi yang telah tersedia.
2. Merencanakan study banding ke rumah sakit pemerintah atau swasta yang sistem RME nya sudah berjalan dengan baik.

10) Jumlah PPK yang dievaluasi

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 17. Capaian jumlah PPK yang dievaluasi

Realisasi Jumlah PPK yang dievaluasi	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
Capaian	100%		80%		100%		100%		100%	100%

Analisa :

Jumlah PPK yang dievaluasi adalah jumlah audit protokol klinis (PPK/CP) yang sudah ada, penyusunan PPK/CP baru, atau revisi PPK/CP lama yang dilakukan

oleh KSM dan atau unit kerja terkait untuk evaluasi pelayanan yang sudah dilaksanakan. Dasar pemilihan topik evaluasi meliputi (dapat dipilih salah satu): high volume case, high risk, high cost, bad performance.

Pengumpulan data capaian jumlah PPK yang dievaluasi dilakukan setiap semester (dua kali setahun). Metode pengumpulan data diperoleh dari laporan review PPK KSM yang dikirimkan ke Komite Medik kemudian dilakukan rekapitulasi dan dianalisa oleh Komite Medik. Target evaluasi PPK adalah setiap KSM yang memiliki PPK dan harus melakukan review sebanyak 5 PPK / KSM. KSM yang tidak memiliki PPK adalah KSM Penunjang (KSM Radiologi, KSM Radioterapi, KSM Patologi Anatomi, KSM Patologi Klinik, KSM Mikrobiologi Klinik).

Formula Perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah PPK yang dievaluasi oleh KSM dalam satu tahun} : \text{jumlah seluruh KSM yang memiliki PPK} \times 5) \times 100\% \\
 &= 85 : 17 \text{ KSM} \\
 &= 5 \text{ PPK/KSM}
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian jumlah PPK yang dievaluasi oleh KSM tercapai 85 PPK dari 17 KSM, setiap KSM telah dievaluasi 5 PPK.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Membuat panduan, kebijakan dan SPO 2. Monitoring dan Evaluasi kegiatan 3. Pelaksanaan kegiatan audit	1. Panduan clinical pathway telah disusun dan regulasi dilakukan evaluasi minimal setiap 5 tahun sekali 2. Monev kegiatan evaluasi CP dilakukan dengan monev CP pada modul CP di aplikasi PRIMA 3. Pelaksanaan audit medis dilakukan minimal satu kali setiap semester	Capaian telah memenuhi target. Dengan terlaksananya evaluasi PPK pada setiap KSM, mewujudkan pelayanan RS berbasis akademik



Gambar 12 SK Judul Clinical Pathway RSUP Persahabatan

Kendala:

Pemanfaatan modul pengisian clinical pathway pada aplikasi PRIMA belum maksimal.

Langkah strategis perbaikan:

Berkoordinasi dengan KSM dan Instalasi SIRS untuk evaluasi modul clinical pathway.

Rekomendasi:

Melakukan audit clinical pathway secara berkala oleh Komite Medik.

11) Jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 18. Capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif

Realisasi Jumlah Pelayanan Unggulan Yang Ditangani Secara Kolaboratif	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	1	1	2	3	3	3	4	4	5	Tidak ada target nasional
Capaian	100%		150%		100%		100%		80%	

Analisa :

Jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif adalah pelayanan spesifik dilaksanakan hanya oleh RSUP Persahabatan atau terbaik ke satu atau ke dua di Indonesia, pelayanan dilakukan melalui keputusan bersama dari berbagai disiplin ilmu.

Pengumpulan data capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif dilakukan setiap semester. Metode pengumpulan data diperoleh dari laporan pelayanan unggulan yang dikumpulkan melalui Kelompok Substansi Pelayanan Medik.

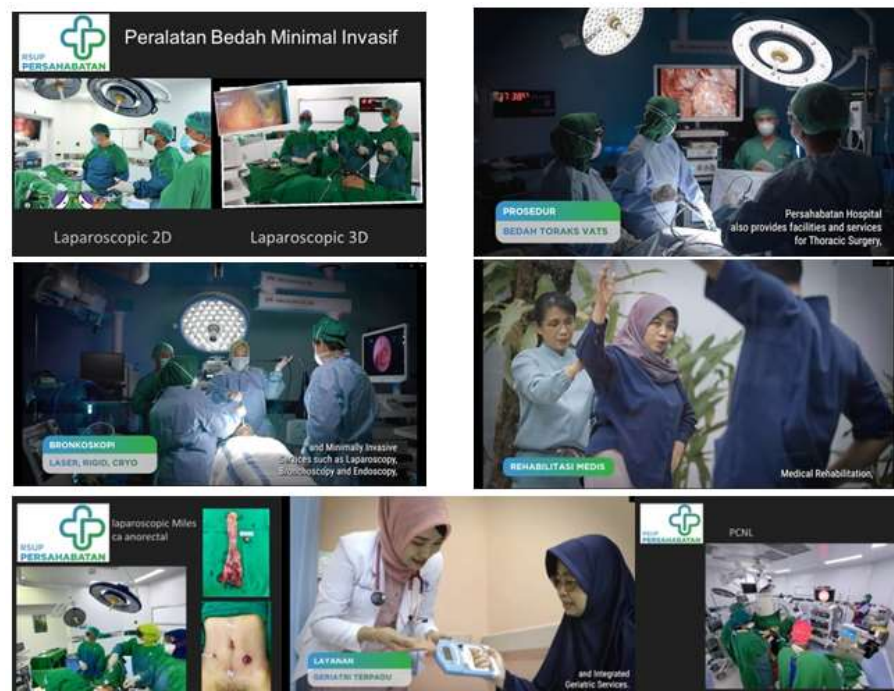
Formula Perhitungan :

= Jumlah pelayanan unggulan kolaboratif yang terlaksana di RSUP Persahabatan

= 4 pelayanan unggulan

Capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif tahun 2023 sesuai dengan Surat Keputusan Direktur Utama RSUP Persahabatan Nomor HK.02.03/IX/9477/2021, layanan unggulan terdiri dari:

1. Layanan respirasi bedah thorak dan hiperbarik terbaru
2. Layanan minimal invasif dan urologi terpadu
3. Layanan kanker terpadu
4. Layanan rehabilitasi medik dan geriatri terpadu



Gambar 13 Layanan Unggulan Tahun 2023

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pemilihan layanan unggulan rumah sakit	1. Pelayanan unggulan RS ditetapkan sesuai road map	Capaian layanan unggulan RS telah terlaksana sesuai target.

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
2. Penetapan layanan unggulan rumah sakit 3. Monev layanan unggulan RS	pada RSB dan mandatory dari Kementerian Kesehatan 2. Monitoring layanan unggulan RS dilakukan secara berkala setiap pekan melalui Rapat Koordinasi Pimpinan	Dengan terlaksananya layanan unggulan RS mewujudkan pelayanan kolaboratif yang unggul.

Langkah strategis perbaikan:

Meningkatkan promosi layanan diberbagai kanal media sosial dan website RSUP Persahabatan.

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi website RSUP Persahabatan terkait update informasi layanan unggulan.

12) Persentase penurunan jumlah kematian di RS

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 19. Capaian persentase penurunan jumlah kematian di RS

Realisasi persentase penurunan jumlah kematian di RS	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≤2,5%	2.12%	≤2,5%	
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Drijen Yankes. Definisi operasional indikator adalah selisih NDR (net death rate) adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar di RS vertikal tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya. Sumber data berasal dari laporan NDR dari Instalasi Rekam Medis. Periode pelaporan setiap triwulan.

Formula Perhitungan :

= persentase selisih NDR RS vertikal tahun sebelumnya dengan NDR tahun berjalan
 = 5.927% - 3.805%
 = 2.12%

Realisasi capaian persentase penurunan jumlah kematian di RS Tahun 2023 tercapai 2.12%, capaian telah memenuhi target (≤2.5%). Upaya yang dilakukan

untuk menurunkan angka kematian salah satunya dengan kegiatan diskusi kasus sulit melalui kegiatan multi disciplinary team (MDT).



Gambar 14 Kegiatan MDT / Case Conference Online

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Mengikuti kegiatan MDT di KSM	Kegiatan MDT rutin dilakukan pada setiap kasus sulit. Selama semester telah terlaksana MDT sebanyak 101 kasus.	Capaian penurunan kematian di RS telah mencapai target. Tercapainya indikator penurunan angka kematian mewujudkan peningkatan angka harapan hidup pasien

Langkah strategis perbaikan:

Membentuk tim audit medis kematian untuk screening kasus-kasus penyebab kematian pasien di RSUP Persahabatan. Audit medis kematian dilakukan setiap pekan.

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi tindak lanjut hasil audit medis kematian.

13) Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 20. Capaian pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)

Realisasi pelaporan pelaksanaan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	

audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2 kali	2 kali	2 kali	2 kali
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

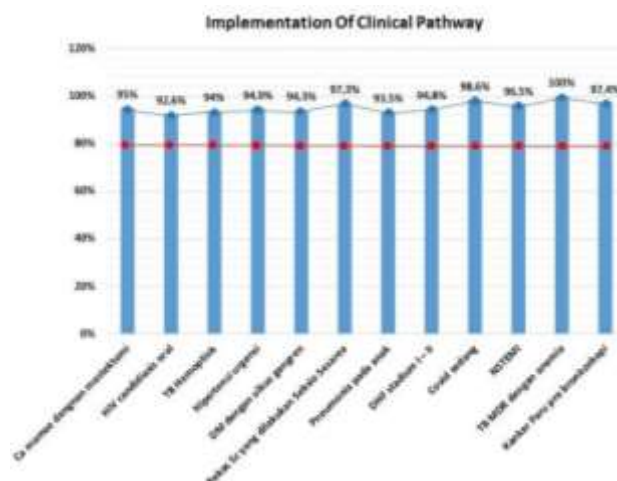
Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan. Sumber data berasal dari laporan hasil audit rekam medis di RSUP Persahabatan. Periode pelaporan setiap semester.

Formula Perhitungan :

= Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan
 = 1 laporan

Realisasi capaian pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan), tahun 2023 tercapai 2 laporan dengan 12 kasus prioritas RS yang telah diaudit.



Gambar 15 Hasil Audit Medis Tahun 2023

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Sosialisasi Kasus Layanan Prioritas ke seluruh KSM terkait	1. Layanan Prioritas/Clinical pathway prioritas telah disosialisasikan ke seluruh	Capaian laporan audit medis telah mencapai target. Tercapainya indikator laporan audit medis

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
2. Pengukuran Indikator Klinis oleh masing2 KSM terkait 3. Audit Medis pada kasus layanan prioritas oleh Komite Medik 4. Pelaporan dan rekomendasi hasil audit medis kepada Direktur Utama	KSM melalui SK Dirut tentang Judul Clinical Pathway 2. Pengukuran indikator klinis oleh masing-masing KSM terkait telah dilakukan rutin melalui monitoring rekam medis yang dilakukan setiap bulan 3. Kegiatan audit medis telah dilaksanakan secara berkala 4. Pelaporan dan rekomendasi hasil audit kepada Direktur Utama dilaporkan setiap semester	diharapkan dapat meningkatkan kualitas untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan dapat mengurangi biaya serta menurunkan length of stay

Langkah strategis perbaikan:

Evaluasi pengembangan modul clinical pathway pada aplikasi PRIMA agar dapat digunakan sesuai kebutuhan untuk audit medis clinical pathway.

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi hasil audit medis 9 layanan prioritas RS.

14) Waktu tanggap operasi sectio caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 21. Capaian waktu tanggap operasi sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit

Realisasi waktu tanggap operasi sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≤ 30 menit	15 menit	≤ 30 menit	≤ 30 menit
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC

darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS.

Formula Perhitungan :

= rata-rata waktu tanggap operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit (selama 1 tahun)
 = 15 menit

Realisasi waktu tanggap operasi sectio caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit tercapai 100% dengan waktu 14 menit

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Peran serta terhadap terlaksananya SC cito	Koordinasi, kerja sama antara IGD Kebidanan dan KSM Obgyn untuk tindakan seksio sesarea emergensi	Tercapainya waktu tanggap sesarea emergensi menggambarkan pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.

Langkah strategis perbaikan:

Melakukan monev rutin layanan IGD dan OK Kebidanan

Rekomendasi:

Meningkatkan koordinasi dan kerja sama antara IGD Kebidanan dan KSM Obgyn.

15) Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 22. Capaian terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional

Realisasi terselenggaranya layanan unggulan bertaraf	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Targe	Realisas	Targe	Realisas	Targe	Realisas	Target	Realisas	Target	
	t	i	t	i	t	i		i		
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	4	1 layana	1 layanan

internasional					layana n		n	
Capaian	NA	NA	NA	400%	400%	400%		

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah Rumah Sakit menyelenggarakan kerjasama dengan Rumah Sakit atau Institusi Kesehatan Luar Negeri terkait layanan unggulan. Sumber data berasal dari dokumen rumah sakit berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama, rekomendasi hasil assessment internal. Periode pelaporan indikator pada akhir tahun.

Formula perhitungan :

= proses kerja sama yang dijalani yakni peninjauan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama 90ana tau hasil kerja sama

= 4 Kerja sama kolaborasi kesehatan, pelatihan dan penelitian dengan
Guangzhou Institute of Respiratory Health, Hiroshima University Hospital,
National Taiwan University Hospital dan National Taiwan Cancer Center

Realisasi capaian tercapai 4 perjanjian kerja sama kolaborasi kesehatan, pelatihan dan penelitian dengan Guangzhou Institute of Respiratory Health, Hirosima University Hospital, National Taiwan University Hospital dan National Taiwan Cancer Center.



COOPERATIVE AGREEMENT BETWEEN NATIONAL TAIWAN UNIVERSITY HOSPITAL, TAIWAN AND NATIONAL RESPIRATORY CENTER, PERSAHABATAN CENTRAL GENERAL HOSPITAL, INDONESIA	PERSEKUTUAN KERJA SAMA ANTARA NATIONAL TAIWAN UNIVERSITY HOSPITAL, TAIWAN DAN PUSAT RESPIRASI NASIONAL, RUMAH SAKIT UMUM PERSAHABATAN PERSAHABATAN, INDONESIA	Memorandum of Understanding for Scholarly Exchange and Collaboration between National Respiratory Center, Persahabatan Central General Hospital and National Taiwan University Cancer Center	Perjanjian Kerjasama Untuk Pertukaran dan Kolaborasi Ilmiah antara Pusat Respirasi Nasional, Rumah Sakit Umum Persahabatan dengan National Taiwan University Cancer Center
National Taiwan University Hospital, located at No. 1, Chung Shan South Road, Taipei, Taiwan, R.O.C. is the master represented by Prof. Ming-Shiang Wu M.D., Ph.D. in his capacity as Superintendent of National Taiwan University Hospital, and therefore lawfully acts for and on behalf of National Taiwan University Hospital (hereinafter referred to as NTHU).	National Taiwan University Hospital, located at No. 1, Chung Shan South Road No. 1, Taipei, Taiwan, R.O.C. is the master represented by Prof. Ming-Shiang Wu M.D., Ph.D. in his capacity as Superintendent of National Taiwan University Hospital, and therefore lawfully acts for and on behalf of National Taiwan University Hospital (hereinafter referred to as NTHU).	1. National Respiratory Center, Persahabatan Central General Hospital and National Taiwan University Cancer Center, desiring to promote cooperation in the fields of service, education and academic research, agree to the following:	1. Pusat Respirasi Nasional, Rumah Sakit Umum Persahabatan dan National Taiwan University Cancer Center, desiring to promote cooperation in the fields of service, education and academic research, agree to the following:
National Respiratory Center, Persahabatan Central General Hospital (hereinafter referred to as RNP), located at Jalan Persahabatan Raya no. 1, Jakarta Timur, Indonesia. Its master represented by Prof. Dr. dr. Agus Dwi Susanto, Sp.PK, in his capacity as the President Director of National Respiratory Center, Persahabatan Central General Hospital, and therefore lawfully acts for and on behalf of National Respiratory Center, Persahabatan Central General Hospital.	National Respiratory Center, Persahabatan Central General Hospital (hereinafter referred to as RNP), located at Jalan Persahabatan Raya no. 1, Jakarta Timur, Indonesia. Its master represented by Prof. Dr. dr. Agus Dwi Susanto, Sp.PK, in his capacity as the President Director of National Respiratory Center, Persahabatan Central General Hospital, and therefore lawfully acts for and on behalf of National Respiratory Center, Persahabatan Central General Hospital.	1.1. To encourage exchanges and visits of their staff members.	1.1. Untuk mendorong adanya pertukaran dan kunjungan personal.
we individually referred to hereinafter as the "Parties" and individually as the "Party".	we individually referred to hereinafter as the "Parties" and individually as the "Party".	1.2. To exchange information and materials in those fields that are of interest to both hospitals.	1.2. Untuk pertukaran informasi dan materi di bidang-bidang tersebut yang dianggap oleh kedua pihak.
PREAMBLE: The parties agree: 1. to enter into a cooperative agreement for academic cooperation in long-term research field; 2. to intend to collaborate on long hospital cooperation in RNP; and 3. to implement the cooperative agreement under the terms and conditions hereinafter set forth.	PENDAHULUAN: Para pihak menyetujui: 1. Untuk menjalin perjanjian kerjasama dalam bidang kerjasama akademik di bidang Transplantasi Paru; 2. Untuk berkolaborasi dalam upaya transplantasi Paru di RNP; dan 3. Untuk melaksanakan perjanjian kerjasama sesuai dengan syarat dan ketentuan sebagaimana tercantum pada perjanjian ini.	1.3. To facilitate registration and arrangements made by individuals in departments towards the accomplishment of the above exchanges.	1.3. Untuk memfasilitasi pendaftaran dan pengaturan yang dibuat oleh personal maupun departemen yang bertujuan untuk keberhasilan pelaksanaan pertukaran tersebut diatas.
		2. Specific details for the implementation of these activities will be mutually developed for specific projects.	2. Detail detail dan spesifik terkait pelaksanaan kegiatan akan dikembangkan bersama untuk proyek tertentu.
		3. This Memorandum of Understanding (MOU) will be in effect for a period of five years starting from the date it is signed. It shall be extended automatically for an additional period of five years on each expiration date unless either party gives a written notice to terminate this MOU at least six months in advance.	3. Perjanjian kerjasama ini berlaku selama lima tahun dimulai dari tanggal penandatanganan. Perjanjian ini akan secara otomatis diperpanjang dengan tambahan waktu lima tahun di setiap habisnya masa berlaku kecuali salah satu pihak memberikan pengumuman tertulis untuk mengakhiri perjanjian kerjasama ini, paling lambat enam bulan sebelumnya.

Gambar 16 Perjanjian Kerja Sama Kolaborasi Kesehatan Respirasi

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Peran serta terhadap terwujudnya layanan unggulan Internasional	Aktif melakukan koordinasi dengan peneliti dalam dan luar negeri serta pengiriman proposal untuk perjanjian kerja sama kesehatan khususnya di bidang respirasi	Tercapainya perjanjian kerja sama dengan institusi luar negeri berdampak pada peningkatan pengetahuan dan kompetensi SDM RS untuk meningkatkan mutu pelayanan

Kendala:

Prosedur pengajuan kerja sama dengan Instansi luar negeri membutuhkan proses panjang dan waktu yang lama.

Langkah strategis perbaikan:

Aktif mencari informasi dan mengirimkan proposal ke beberapa Instansi luar negeri untuk menjalin kerja sama penelitian, pendidikan dan pengembangan layanan kesehatan.

Rekomendasi:

Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan kerja sama dengan Instansi luar negeri sesuai isi perjanjian.

16) Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 23. Capaian waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Realisasi waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥ 80%	66%	≥ 80%	
Capaian	NA		NA		NA		82%		82%	82%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Waktu pelayanan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di anjungan pendaftaran mandiri (APM) atau loket pendaftaran. Standar waktu pelayanan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤120 menit. Sumber data berasal dari laporan waktu tunggu rawat jalan dari Kelompok Substansi Pelayanan Medik dan Instalasi Farmasi. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Pegumpulan data capaian

Formula perhitungan :

$$= \left(\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan} \leq 120 \text{ menit}}{\text{jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang}} \right) \times 100\%$$

$$= 66\%$$

Realisasi capaian waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang tahun 2023 tercapai 66%, capaian belum memenuhi target (80%). Upaya perbaikan telah dilaksanakan untuk mengurangi waktu antrian salah satunya dengan pengadaan mesin pendaftaran mandiri untuk pasien rawat jalan.



Gambar 17 Mesin Pendaftaran Mandiri Untuk Pasien Rawat Jalan

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa belum tercapainya kinerja
1. Meng-aktifkan sistem antrian untuk menghitung waktu tunggu	Sistem antrian untuk menghitung waktu tunggu telah tersedia di aplikasi PRIMA. Pencatatan waktu mulai dari pasien cetak SEP hingga pasien menerima obat	Capaian waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang belum mencapai target. Masih terdapat pasien yang menunggu lebih dari 2 jam dari mulai cetak SEP sampai pasien menerima obat. Evaluasi telah dilaksanakan secara rutin melalui rapat koordinasi.
2. Menambah petugas Tenaga Tekhnis Kefarmasian dan Apoteker	Belum ada penambahan karyawan di tahun 2023.	
3. Menambah TV display antrean	Pengadaan TV display telah terlaksana di tahun 2023	
4. Rencana pindah ke tempat yang baru (lebih sesuai dgn alur pelayanan) dan ruang tunggu yang lebih luas	Renovasi ruang pendaftaran rawat jalan sejak tanggal 1 Agustus 2023	
5. Mengembangkan EWS dalam verifikasi, pengkajian kesesuaian terhadap Fornas	Pengembangan EWS sudah tersedia dan perlu adanya evaluasi secara berkala	
6. Bridging system BPJS dengan pelayanan resep rawat jalan	Bridging system BPJS dengan pelayanan resep rawat jalan belum terlaksana	
7. Kerja sama dengan pihak ke-3 untuk mengantar obat	Kerja sama dengan PT POS Indonesia untuk pengantaran obat sedang proses pembuatan MoU	
8. Peningkatan pelayanan paperless di setiap loket poliklinik	Penggunaan RME diseluruh pelayanan rawat jalan dan penunjang telah aktif dilaksanakan	

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa belum tercapainya kinerja
9. Membuat sistem pelayanan per sesi jam kunjungan	Pendaftaran control rawat jalan yang didaftarkan oleh petugas TU di poli sudah tersedia estimasi jam kedatangan	
10. Usulan sistem antrian digital di setiap poliklinik	Sistem antrian digital baru terlaksana di pendaftaran rawat jalan, belum tersedia diseluruh poli	

Kendala:

1. Adanya penambahan aksi dalam modul aplikasi PRIMA yang harus dikerjakan oleh petugas baik di rawat jalan maupun farmasi, sehingga menambah beban kerja petugas.
2. Beberapa resep harus konfirmasi resep ke poli / DPJP dan verifikasi kelengkapan berkas sesuai aturan klaim BPJS sehingga membutuhkan waktu yg lebih lama.

Langkah strategis perbaikan:

Evaluasi modul waktu tunggu secara berkala melalui rakor antara KS Yanmed, KS Penunjang Medik, Poli Rawat Jalan, Instalasi Rekam Medis, Farmasi dan Instalasi SIRS agar tersedia modul yang mudah digunakan / *user friendly* tanpa harus menambahkan aksi namun bisa langsung *terconnect* seperti ketika perawat atau dokter mengisi SOAP ataupun ketika sedang membuka aplikasi PRIMA melalui internet jaringan.

Rekomendasi :

1. Sosialisasi dan mengingatkan secara rutin kepada DPJP untuk melakukan konfirmasi pada aplikasi E-MR saat pasien masuk ke ruang pemeriksaan
2. Monitoring dan evaluasi secara berkala terkait implementasi sistem antrian oleh KS Yanmed

17) Penundaan waktu operasi elektif

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 24. Capaian penundaan waktu operasi elektif

Realisasi penundaan waktu operasi elektif	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≤ 3%	2.86%	≤ 3%	
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Operasi waktu elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan. Sumber data berasal dari laporan operasi dari Instalasi Bedah Sentral. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

$$= (\text{jumlah pasien yang jadwal operasi tertunda} > 1 \text{ jam} : \text{jumlah pasien operasi elektif}) \times 100\%$$

$$= (205:7159) \times 100\%$$

$$= 2.86\%$$

Capaian penundaan waktu operasi elektif telah memenuhi target <3% yaitu 2.86%. Total pasien operasi berjumlah 7159 pasien dan yang tertunda operasi berjumlah 205 pasien.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Peningkatan peran serta seluruh stake holder yang terkait pelayanan operasi elektif 2. Peningkatan koordinasi dalam persiapan pelayanan operasi elektif sesuai jadwal operasi yang telah disusun ke unit terkait (KS Pelayanan Medik, KSM, IRIN, Farmasi, ISSB, IPSRS) 3. Peningkatan monitoring dan evaluasi alasan penundaan operasi elektif ke unit terkait (KSM, IRIN,IRJ,IRI, Farmasi, ISSB, IPSRS)	1. Koordinasi rutin antara IBS dan operator 2. Rutin mengingatkan jadwal operasi maksimal H-1 3. Rutin maintenance sarpras di ruang operasi 4. Melakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan	Tercapainya target indikator penundaan waktu operasi elektif mewujudkan pelayanan bedah yang tepat waktu, efisien dan berorientasi pada pasien

Kendala:

Pasien yang tertunda operasi karena menunggu dokter anastesi, menunggu operator, waktu sholat jumat dan alasan medis pasien.

Langkah strategis perbaikan:

Mengatur jadwal ulang operasi untuk pasien yang tertunda waktu operasinya.

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi terkait SDM dan sarpras untuk ruang OK.

18) Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 25. Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik

Realisasi ketepatan waktu pelayanan di poliklinik	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥80%	84.48%	≥ 80%	
Capaian	NA		NA		NA		105.61%		105.61%	105.61%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis. Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan dan menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik. Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan. Sumber data berasal dari laporan Instalasi Rawat Jalan dan KS Pelayanan Medik melalui aplikasi Prima. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

= (jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan : jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik) x 100%

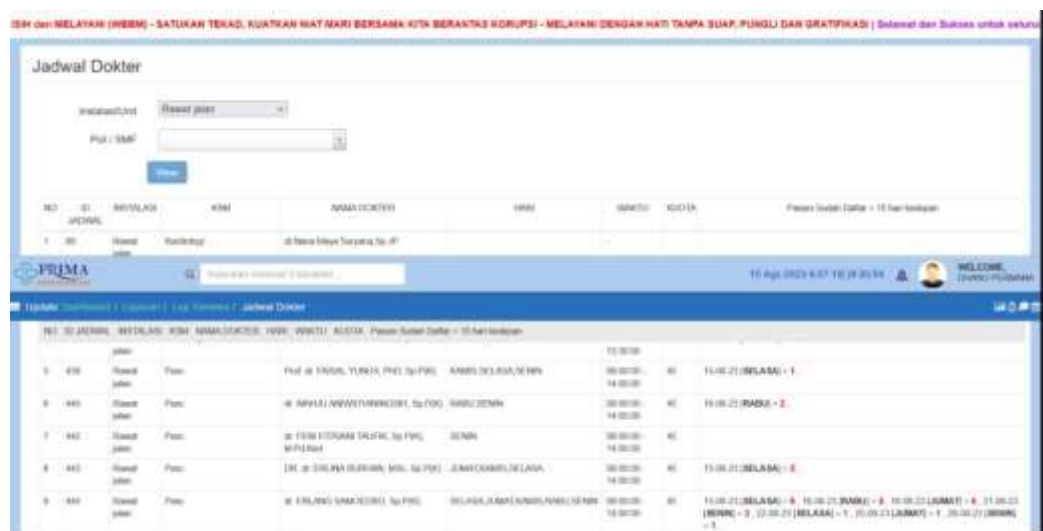
= 84.48%

Capaian indikator ketepatan waktu pelayanan di poliklinik tahun 2023 tercapai 84.48%, capaian telah memenuhi target ≥80%.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa keberhasilan capaian kinerja
1. Usulan pembuatan nama dokter dan jam praktek pada setiap poliklinik	Pembuatan jadwal dokter dan jadwal praktek telah tersedia di aplikasi PRIMA dan selalu di	Capaian ketepatan waktu pelayanan di poliklinik telah memenuhi target, tercapainya

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa keberhasilan capaian kinerja
	update realtime, tetapi untuk pembuatan nama dokter dan jadwal praktek yang terpasang di poliklinik belum tersedia. Pengajuan usulan pembuatan papan jadwal sudah diusulkan sampai ke Direktur.	indikator kinerja bertujuan untuk meningkatkan pelayanan agar tepat waktu sehingga tidak terjadi penumpukan antrian pasien di setiap poli rawat jalan.
2. Sistem reward untuk tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu melebihi target	Reward untuk tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu melebihi target diberikan setiap bulan melalui perhitungan remunerasi	



Gambar 18 Daftar Jadwal Dokter Praktek Pada Aplikasi PRIMA

Kendala:

DPJP belum terbiasa melakukan klik kehadiran awal pelayanan pada aplikasi PRIMA.

Langkah strategis perbaikan:

Melakukan sosialisasi rutin kepada seluruh DPJP untuk melakukan klik kehadiran di poliklinik pada aplikasi prima, membuat video tutorial klik kehadiran DPJP di poliklinik.

Rekomendasi:

Evaluasi pengembangan modul pada aplikasi PRIMA untuk DPJP agar mudah di gunakan dan menghemat waktu pelayanan.

19) Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka

menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 26. Capaian ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap

Realisasi ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥80%	98.05%	≥ 80%	
Capaian	NA		NA		NA		122.57%		122.57%	122.57%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Waktu visite dokter adalah kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja. Sumber data dari data sekunder berupa laporan visite rawat inap dalam rekam medik. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{jumlah pasien yang di-visite dokter pada pukul 06.00-14.00} : \text{jumlah pasien rawat inap}) \times 100\% \\
 &= (22128:22567) \times 100\% \\
 &= 98.05\%
 \end{aligned}$$

Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap tahun 2023 tercapai 98.05%.



Gambar 19 Monev Visite DPJP Melalui Aplikasi PRIMA

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Peningkatan Monev visite	Monev visite DPJP telah	Capaian ketepatan waktu visite

DPJP 2. Membentuk tim monev visite DPJP, yang terdiri dari Kepala ruangan dan Ka Sub Pelayanan, yang mampu membuat laporan sesuai data yang ada di ruangan	dilaksanakan rutin setiap bulan dan dilaporkan melalui laporan bulanan Instalasi Rawat Inap dan KS Yanmed. Monev dilakukan dengan koordinasi antara Kepala ruangan, Koordinator Rawat Inap, KS Yanmed dan DPJP	dokter untuk pasien rawat inap telah tercapai sesuai target. Tercapainya indikator tersebut berdampak pada pelayanan yang efisien dan tepat waktu, diharapkan dapat mewujudkan pelayanan center of excellence secara optimal.
---	---	--

Langkah strategis perbaikan:

Upaya yang telah dilakukan dengan monitoring dan evaluasi secara rutin melalui sistem dan koordinasi antara Kepala ruangan, Perawat dan DPJP.

Rekomendasi:

Meningkatkan koordinasi antara kepala ruangan, perawat dan DPJP agar waktu visite terlaksana tepat waktu.

20) Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 27. Capaian ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

Realisasi ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	70%	74.98%	70%	
Capaian	NA		NA		NA		107.11%		107.11%	107.11%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. Sumber data berasal dari laporan ketersediaan parkir dari Kelompok Substansi Umum. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula Perhitungan :

= Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100 %
 = $(1202:1603) \times 100\%$
 = 74.98%

Realisasi capaian ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar tercapai 74.98%, capaian telah memenuhi target (70%). Pemenuhan fasilitas parkir telah terlaksana seperti pembayaran cash less, pembagian zonasi dan pemberian rambu-rambu.



Gambar 20 Pemenuhan Fasilitas Parkir

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pembagian Zonasi Parkir untuk pengunjung dan pegawai 2. Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi 3. Perubahan alur parkir menjadi 1 arah (counter clockwise) 4. Penambahan kantong parkir di area rumah dinas 5. Perbaikan jalan rumah sakit untuk kenyamanan pasien dan pengunjung	Kegiatan pembagian zonasi parkir untuk pengunjung dan pegawai, penambahan rambu-rambu zonasi, perubahan alur parkir dan penambahan kantong parkir di area rumah dinas telah terealisasi. Perbaikan jalan dilakukan bertahap sampai tahun 2024	Capaian ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar telah memenuhi target. Tercapainya indikator ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar berdampak pada kenyamanan dan kemudahan akses untuk pengunjung/pasien saat berada di RS. Tercapainya indikator tersebut mewujudkan pelayanan center of excellence secara optimal

Kendala:

Perbaikan jalan dan area parkir dilakukan bertahap bersamaan dengan pembangunan gedung layanan Ibu dan Anak.

Langkah strategis perbaikan:

Memperbaiki area parkir yang sudah tersedia dan melengkapi sarana dan prasarana fasilitas parkir serta membagi zona parkir untuk pengunjung dan pegawai.

Rekomendasi:

Membuat time line perbaikan dan kelengkapan area parkir.

21) Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas kanker, jantung, stroke dan uro-nefro (KSU)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 28. Capaian tercapainya target indikator klinis layanan prioritas kanker, jantung, stroke dan uro-nefro (KJSU)

Realisasi tercapainya target indikator klinis layanan prioritas kanker, jantung, stroke dan uro-nefro (KJSU)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan	1 indikator tercapai setiap layanan
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas KJSU dan KIS sesuai indikator klinis RS Vertikal. Sumber data berasal dari laporan Kelompok Substansi Pelayanan Medik. Periode pelaporan indikator pada akhir tahun.

Formula perhitungan :

1. Kanker: lama rawat pasien kanker payudara dengan mastektomi radikal tanpa komplikasi 5 hari
2. Jantung: terapi fibrinolitik: "door to needle" ≤30 menit.
3. Stroke: pasien stroke iskemik dengan length of stay (LOS) < 7 hari
4. Uro-nefrologi: pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam. KIA:1
5. Kemampuan menganani BBLSR 1000 gram - <1500 gram
6. Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia/eklampsia di rumah sakit

Perhitungan capaian Realisasi capaian indikator klinis layanan prioritas KJSU dan KIS sesuai indikator klinis RS Vertikal tahun 2023 telah tercapai 1 indikator disetiap layanan. Capaian telah memenuhi target.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Laporan hasil monev ke KSM terkait	Kegiatan monev layanan prioritas KJSU telah terlaksana dan laporan hasil monev telah dilaporkan rutin setiap bulan ke Ditjen Yankes	Tercapainya indikator klinis layanan prioritas KJSU dan KIA mewujudkan pelayanan center of excellence secara optimal

Langkah strategis perbaikan:

Tertib menginput data capaian indikator klinis pada link yang disediakan oleh

Ditjen Yankes

Rekomendasi:

Melaksanakan penginputan capaian indikator klinis tepat waktu.

22) Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 29. Capaian tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS

Realisasi tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	Sesuai RBA	
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah pelayanan unggulan rawat jalan dan atau rawat inap di RS Vertikal agar menurunkan WNI yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di RS Vertikal.

Formula perhitungan :

= tersedianya pelayanan unggulan VVIP RSUP Persahabatan
= tersedianya pelayanan VVIP Rawat Inap di Gedung Griya Puspa

Pelayanan VVIP di RSUP Persahabatan telah tersedia untuk pelayanan rawat inap yaitu 2 ruang rawat inap super VIP di Gedung Griya Puspa.



Gambar 21 Gedung Griya Puspa untuk Pelayanan Eksekutif

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Supervisi layanan unggulan	Pelayanan VVIP ruang rawat	Capaian layanan VVIP rawat

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
VVIP di RS	inap telah aktif sejak September 2023, karena pada awal Januari hingga Agustus 2023 sedang tahap renovasi dan pemenuhan sarpras ruangan.	inap telah terlaksana sesuai target

Kendala:

Gedung Griya Puspa dari Lantai 1-6 dilakukan renovasi sejak Desember tahun 2022 dan Gedung mulai aktif digunakan per tanggal 20 maret 2023. Ruang VVIP berada di Gedung Griya Puspa, tetapi hingga Agustus 2023 sedang tahap renovasi ruangan dan pemenuhan perlengkapan seperti pemasangan backdrop, kitchen set dan menunggu pemasangan TV. Pelayanan aktif dibuka sejak September 2023.

Upaya tindaklanjut:

Pengusulan RAB sesuai kebutuhan ruangan VVIP untuk percepatan pengerjaan renovasi. Melakukan promosi pelayanan VVIP Rawat Inap melalui sosial media.

Rekomendasi :

Aktif melakukan promosi diberbagai sosial media milik RSUP Persahabatan.

23) Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 30. Capaian persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)

Realisasi persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	80%	94,90%	85%	84%	90%	100%	95%	100%	100%	Tidak ada target nasional
Capaian	118,63%		98,82%		111%		105%		100%	

Analisa :

Kasus sulit adalah kasus gangguan kesehatan yang mengancam jiwa, kondisi medik buruk yang cenderung menetap tanpa masalah non medik, yang perlu penanganan multidisiplin dalam bentuk case conference yang tercatat pada rekam medis oleh DPJP. Kasus sulit harus memenuhi kriteria mayor dan minor

(penjelasan pada kamus indikator). Sumber data berasal dari laporan kasus sulit yang di rekapitulasi oleh Kelompok Substansi Pelayanan Medik. Periode pelaporan indikator setiap semester.

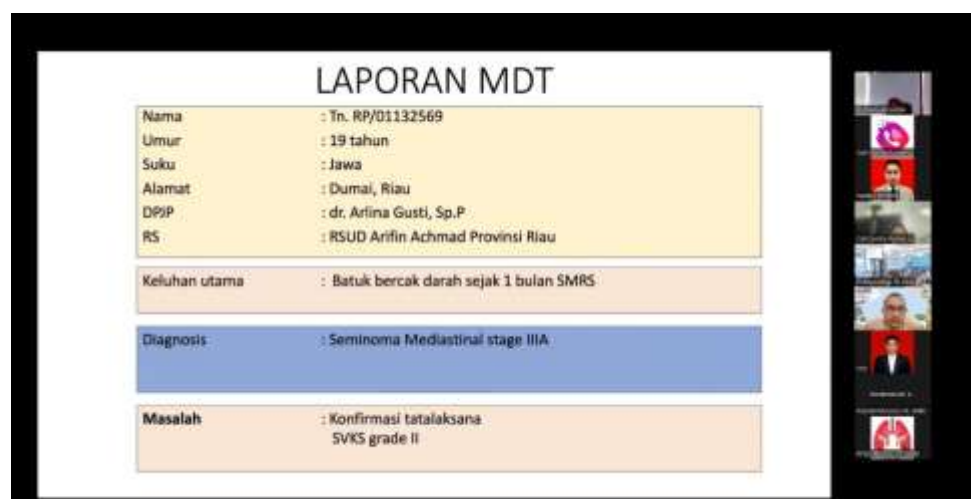
Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{jumlah kasus respirasi sulit yang dilakukan case conference dan ditulis dalam rekam medis} : \text{jumlah kasus respirasi sulit yang ditangani dalam satu tahun}) \times 100\% \\
 &= (101 : 101) \times 100\% \\
 &= 100\%
 \end{aligned}$$

capaian persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT tercapai 100%, capaian telah melebihi target dari 95%.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Penguatan pelaksanaan MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani dengan cara berkoordinasi dengan unit terkait	Kegiatan MDT untuk kasus sulit respirasi rutin dilakukan. Total 101 kasus yang dilakukan MDT	Tercapainya target persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT mewujudkan pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence di RSUP Persahabatan



Gambar 22 Kegiatan MDT secara online

Langkah strategis perbaikan:

Rutin melaksanakan MDT pada setiap kasus sulit respirasi.

Rekomendasi:

Melakukan pengisian clinical pathway untuk setiap kasus sulit yang dilakukan MDT.

24) Evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 31. Capaian evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis

Realisasi evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	80%	89.80%	80%	Tidak ada target nasional
Capaian	NA		NA		NA		113.54%		113.54%	

Analisa :

Evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopik diperlukan untuk mengetahui keberhasilan pengobatan. Definisi operasional indikator tersebut adalah evaluasi dengan mikroskopik di akhir bulan ke-2 diperlukan untuk mengetahui konversi BTA (bakteri tahan asam). Evaluasi dengan mikroskopik di akhir bulan ke-5 untuk menentukan gagal pengobatan. Sumber data dari data primer dan data sekunder yang direkapitulasi oleh Kelompok Substansi Pelayanan Medik.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah pasien tuberkulosis yang diperiksa sputum mikroskopik untuk evaluasi pengobatan} : \text{jumlah pasien tuberkulosis yang diperiksa sputum mikroskopik}) \times 100\% \\
 &= (674 : 742) \times 100\% \\
 &= 90.84\%
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian indikator evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis tercapai 90.84%, capaian telah memenuhi target tahun 2023. Total pasien TB yang telah dilakukan pemeriksaan mikroskopik selama tahun 2023 berjumlah 674 pasien, jumlah pasien TB yang putus berobat sebanyak 68 pasien, jumlah evaluasi pasien TB yang telah dilakukan pemeriksaan mikroskopik sebanyak 674 pasien.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Kegiatan monitoring dan evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis telah rutin dilaksanakan, PIC movev oleh Tim TB RSUP Persahabatan	Tercapainya target evaluasi pengobatan pasien tuber kulosis dengan pemeriksaan mikroskopis berdampak pada menurunnya angka kesakitan pasien TB.



Gambar 23 Evaluasi pemeriksaan TB menggunakan mikroskopis

Kendala:

Pasien yang putus berobat menyebabkan tahapan evaluasi pemeriksaan TB menjadi terhambat.

Langkah strategis perbaikan:

Monev pasien TB oleh Tim Penanggulangan TB RSUP Persahabatan

Rekomendasi:

Koordinasi antara Tim Penanggulangan TB dengan faskes rujukan untuk mengedukasi pasien TB agar tidak putus berobat.

25) Jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan di jurnal internasional yang terakreditasi

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 32. Capaian jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan di jurnal internasional yang terakreditasi

Realisasi jumlah karya	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Target Nasional
------------------------	------------	------------	------------	------------	------------	-----------------

ilmiah yang dipublikasikan di jurnal internasional yang terakreditasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	10	20	12	21	15	33	20	23	20	Tidak ada target nasional
Capaian	200%		175%		220%		115%		115%	

Analisa :

Karya ilmiah yang dipublikasikan adalah semua produk ilmiah (contoh: hasil penelitian, laporan kasus, kajian, dll yang mengikuti kaidah ilmiah) di RSUP Persahabatan yang dipublikasikan dalam jurnal terakreditasi. Sumber data berasal dari hasil publikasi staf RSUP Persahabatan. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula perhitungan :

= Jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal terakreditasi yang dilakukan setiap tahun
= 23 Publikasi Karya Ilmiah

Realisasi capaian jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal terakreditasi tercapai 23 publikasi, capaian telah memenuhi target.

No	Judul Penelitian	Published	Author RSUP Persahabatan	Nama Jurnal	DOI
1	Correlation expression Toll-Like receptor 4 With Multidrug resistant tuberculosis in Diabetes mellitus Condition	January, 2023	Pertama	Indian Journal of Tuberculosis	https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2022.03.012
2	Managing Severe Acute Asthma Exacerbation in Pregnancy during the Covid-19 pandemic: A Case Report From a Resource-Limited Setting	January 3, 2023	Kedua	Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences	https://doi.org/10.3889/oamjms.2023.11193
3	Outcome of a Telerehabilitation Program for a Home-bound Geriatric Patient with Post Covid-19 Syndrome in Indonesia: A Case Report and Literature Review	January 19. 2023	Kedua	ASEAN Journal of Rehabilitation Medicine	https://www.rehabmed.or.th/main/wp-content/uploads/2023/03/L-545.pdf
4	Performance of Xpert MTB/RIF and sputum microscopy compared to sputum culture for diagnosis of tuberculosis in seven hospitals in Indonesia	January 20, 2023	Kedua	Frontiers in Medicine, open access	https://doi.org/10.3389/fmed.2022.909198
5	Respiratory perspective of COVID-19 in pregnancy	January 31, 2023	Pertama	Journal of Infection in Developing Countries	https://doi.org/10.3855/jidc.16944
6	The development of the national tuberculosis research priority in Indonesia: A comprehensive mixed-method approach	February 9, 2023	Kedua	PLoS ONE, open access	https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281591

No	Judul Penelitian	Published	Author RSUP Persahabatan	Nama Jurnal	DOI
7	The role of high dose vitamin d and glutathione supplementation in COVID-19 treatment: A case series	February 28, 2023	Pertama	Journal of Infection in Developing Countries	https://doi.org/10.3855/jidc.17109
8	Developing a tool to measure tuberculosis-related stigma in workplaces in Indonesia: An internal validation study	March, 2023	Kedua	SSM - Population Health, open access	https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101337
9	Differentially Expressed Genes Analysis in The Human Small Airway Epithelium of Health Smokers Shows Potential Risks of Diseases Caused by Oxidative Stress and Inflammatory Agent	March 3, 2023	Pertama	International Journal of Inflammation, open access	https://doi.org/10.1155/2023/4251299
10	Treatment Strategy for Rifampin-Susceptible Tuberculosis	March 9, 2023	Kedua	New England Journal of Medicine	https://doi.org/10.1056/NEJMoa2212537
11	Video-assisted surgical diagnosis and pleural adhesion management in catamenial pneumothoraks: A Case and Literature review	March 22, 2023	Kedua	Respirology Case Reports, open access	https://doi.org/10.1002/rcr2.1123
12	Real-World clinical practice and outcomes in treating stage III non small cell lung cancer : Kindle - Asia Subset	March 27, 2023	Kedua	Frontiers in Oncology, open access	https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1117348
13	The Fungal and Bacterial Interface in the Respiratory Mycobiome With a Focus on Aspergillus spp	April 14, 2023	Kedua	Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI), open access	https://doi.org/10.3390/life13041017
14	A rare case report of paratesticular spindle cell tumor: Inflammatory myofibroblastic tumor	April 25, 2023		International Journal of Surgery Case Reports	https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108235
15	Distribution and antibacterial susceptibility pattern of isolated bacteria from endotracheal aspirates among ventilator-associated pneumonia patients in Indonesia	April 29, 2023	Kedua	Narra J	http://doi.org/10.52225/narra.v3i1.149
16	Accuracy of Narrow-Band Imaging Bronchoscopy for early diagnosis of Airway Cancer Lesions: A Systemic Review and Meta-analysis	May 18, 2023	Pertama	International Journal of Cancer Management, open access	https://doi.org/10.5812/ijcm-133783
17	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 Antibody Response after Moderna Vaccine Booster on Healthcare Providers	May 31, 2023	Pertama	Journal of Infection in Developing Countries, open access	https://doi.org/10.3855/jidc.17268
18	The Burden of Systemic Corticosteroid use in asthma management in Asia	June 10, 2023	Kedua	Respirology, open access	https://doi.org/10.1111/resp.14533
19	Association between cardiovascular diseases and COVID-19 pneumonia outcome in Indonesia : a multi-center cohort study	June 29, 2023	Pertama	Frontiers in Medicine, open access	https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1190148
20	Evaluation of safety and effectiveness of remdesivir in treating COVID-19 patients after emergency use authorization study	June 30, 2023	Pertama	Frontiers in Pharmacology, open access	https://doi.org/10.3389/fphar.2023.1205238

No	Judul Penelitian	Published	Author RSUP Persahabatan	Nama Jurnal	DOI
21	Asian Intensive Reader of Pneumoconiosis program: examination for certification during 2008–2020	July 5, 2023	Kedua	Industrial Health	https://doi.org/10.2486/indhealth.2023-0010
22	Improving Evidence-Based Practice in Forensic Medicine: Validation of INtegration of Forensic Epidemiology and the Rigorous EvaluationN of Causation Elements and Principles of Evidence-Based Reporting in FORensic Medicine-Pathology version in Indonesia	September 22, 2023	Pertama	Journal of Forensic Science and Medicine, open access	https://doi.org/10.4103/jfsm.jfsm.47.22
23	Effectiveness and safety profile of mesenchymal stem cell secretome as a treatment for severe cases of COVID-19: a randomized controlled trial [version 2; peer review: awaiting peer review]	September 27, 2023		F1000Research, open access	https://f1000research.com/articles/11-143

Gambar 24 Daftar Publikasi Nasional dan Internasional Tahun 2023

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi SDM Kesehatan dan Non Kesehatan	Pelatihan penulisan karya ilmiah di RSUP Persahabatan telah terlaksana pada bulan Agustus 2023 kerja sama dengan Komite Etik Penelitian Kesehatan	Jumlah publikasi karya ilmiah telah mencapai target pada tahun 2023. Tercapainya publikasi karya ilmiah meningkatkan pengetahuan dan menghasilkan penemuan-penemuan baru dibidang kesehatan khususnya untuk meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan secara paripurna



Gambar 25 Pelatihan Penulisan Karya Ilmiah

Kendala:

Penelitian membutuhkan biaya yang besar dan waktu yang lama.

Langkah strategis perbaikan:

Memberikan bantuan publikasi penelitian kepada peneliti RSUP Persahabatan.

Rekomendasi:

Mengadakan pelatihan penyusunan karya ilmiah dan publikasi penelitian kepada SDM Kesehatan dan Non Kesehatan.

26) Jumlah penelitian dibidang respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 33. Capaian jumlah penelitian dibidang respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun

Realisasi jumlah penelitian dibidang respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	40	113	40	
Capaian	NA		NA		NA		283%		283%	

Analisa :

Definisi operasional indikator adalah penelitian dibidang respirasi yang dilaksanakan di lingkungan RSUP Persahabatan. Sumber data dari data primer yaitu catatan jumlah penelitian respirasi yang direkapitulasi oleh Instalasi pengembangan dan penapisan teknologi kesehatan dan penelitian. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula perhitungan :

= Jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di lingkungan RSUP Persahabatan
= 113 Penelitian respirasi

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah 2. Kerjasama multicentre baik nasional maupun internasional	1. Bantuan publikasi karya ilmiah telah diberikan beberapa peneliti di RSUP Persahabatan. Tahun 2022 diberikan bantuan publikasi kepada 3 peneliti, tahun 2023 telah diberikan bantuan publikasi kepada 1 peneliti	Indikator jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di lingkungan RSUP Persahabatan telah mencapai target. Hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan pelayanan di RSUP Persahabatan.

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
	dan 4 publikasi di tahun 2023 sedang proses pengajuan dana bantuan. 2. Kerja sama multi center aktif dilakukan baik dengan institusi dalam negeri dan luar negeri.	

Kendala:

Penelitian yang dikerjakan rata-rata adalah penelitian uji klinis sehingga membutuhkan waktu, biaya dan SDM yang tidak sedikit.

Langkah strategis perbaikan :

Memberikan dukungan untuk para peneliti pada penelitian respirasi di RSUP Persahabatan. Dukungan berupa sarana dan prasarana yang tersedia di RSUP Persahabatan. Aktif melaksanakan kerja sama penelitian dengan institusi dalam negeri dan luar negeri.



Gambar 26 Kerja Sama Penelitian Multicenter

Rekomendasi:

Meningkatkan dukungan berupa sarana prasarana untuk penelitian respirasi yang dapat memberikan manfaat bagi peningkatan pelayanan kesehatan di RSUP Persahabatan dan bermanfaat untuk masyarakat luas.

27) Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 34. Capaian jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten

Realisasi jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	10	18	10	

HAKI/Hak Paten									target nasional
Capaian	NA	NA	NA	180%	180%				

Analisa :

Inovasi merupakan ide kreatif, teknologi, cara baru, prosedur, metode yang mempunyai nilai tambah baik dari segi kualitas maupun kuantitas pelayanan rumah sakit yang menghasilkan HAKI/HAK Paten dalam negeri. HAKI adalah hak kekayaan intelektual yang didapatkan dari hasil olah pikir manusia untuk dapat menghasilkan suatu produk, jasa, atau proses yang berguna untuk masyarakat. Hak Paten adalah hak eksklusif yang diberikan Negara untuk para penemu atas hasil temuannya dibidang teknologi untuk selama waktu tertentu menjalankan sendiri atau memberikan persetujuan pada pihak untuk menjalankan penemuannya. Penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten adalah penelitian atau inovasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan yang mendapat HAKI/Hak Paten. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula perhitungan :

= jumlah inovasi / penelitian yang menghasilkan HAKI/Hak Paten untuk produksi obat, teknik, sistem dan alat kesehatan yang dilakukan setiap tahun.
= 18 HAKI

Capaian jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten tercapai 18 HAKI, capaian telah memenuhi target.



Gambar 27 Contoh HAKI RSUP Persahabatan

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Bantuan dana penelitian telah dianggarkan di TA 2023	Jumlah inovasi / penelitian yang menghasilkan HAKI / Hak Paten pada tahun 2023 tercapai 18 HAKI. Tercapainya HAKI dapat meningkatkan inovasi dan mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya dibidang kesehatan guna meningkatkan mutu pelayanan kepada Masyarakat

Kendala:

1. Minimnya pengetahuan pengusul dalam membuat proposal pengajuan HAKI
2. Prosedur yang harus dilakukan sedikit rumit karena pengajuan melalui online
3. Lambatnya pengusul dalam melengkapi berkas
4. Feedback tidak segera dilengkapi oleh pengusul
5. Data yang sudah dikumpulkan tidak dilengkapi dengan pengesahan tanda tangan pengusulnya

Langkah strategis perbaikan:

Memfasilitasi pendampingan pengumpulan dokumen pengusulan HAKI yang diusulkan oleh staf RSUP Persahabatan.

Rekomendasi:

Mengadakan sosialisasi cara pengajuan dokumen HAKI.

28) Jumlah Program Pendidikan dengan Dukungan Teknologi Terkini

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 35. Capaian jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini

Realisasi jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	1	1	1	1	1	1	1	2	1	Tidak ada
Capaian	100%		100%		100%		200%		200%	

Analisa :

Program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini merupakan program

pendidikan jarak jauh dibidang kesehatan yang didukung dengan teknologi terkini.

Pengumpulan data capaian jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini dilakukan setiap semester. Metode pengumpulan data diperoleh dari laporan kegiatan pendidikan dibidang kesehatan dengan dukungan teknologi terkini yang dikumpulkan oleh Instalasi Pendidikan dan Penelitian

Formula perhitungan :

= Jumlah program pendidikan yang didukung teknologi terkini
 = 2 Program pendidikan

capaian jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini pada semester 1 tercapai 2 program yaitu pendidikan dan pelatihan melalui video conference dan pelatihan Hybrid (daring dan luring).

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini 2. Sarana prasarana pendidikan dengan teknologi terkini	1. Penggunaan modul aplikasi PRIMA untuk monev kegiatan pelatihan 2. Terlaksananya 15 pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini pada tahun 2023 diantaranya yaitu pelatihan Masterclass ECRIS dan TFL 3. Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan teknologi terkini seperti alat laparoscopy, Endo Visual Realty (Endo VR), Meti Apollo, Chest Test, tele conference (Zoom meeting), 4. Penggunaan kurikulum pelatihan penatalaksanaan TB RO bagi perawat di KFTL dari aplikasi SIAKPEL	Tercapainya indikator jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini berdampak pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan SDM untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan

Pelatihan Masterclass ECIRS dan TFL



Gambar 28 Pendidikan dan Pelatihan dengan Teknologi Terkini

Langkah strategis perbaikan:

Pengembangan modul pelatihan pada aplikasi PRIMA untuk monitoring dan evaluasi kegiatan pelatihan di RSUP Persahabatan

Rekomendasi:

- Pengembangan paket pelatihan simulasi di Gedung PSR
- Peningkatan pelatihan menggunakan kurikulum pelatihan di SIAKPEL Kemenkes
- Peningkatan pelatihan yang terintegrasi dengan aplikasi Pelataran Sehat Kemenkes
- Pengembangan aplikasi mendukung program pendidikan (PKL dan fellowship)
- Pengembangan aplikasi prima mendukung proses pelatihan IHT

29) Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 36. Capaian terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama

Realisasi jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Tidak ada
Capaian	100%		100%		100%		100%		100%	

Analisa :

Definisi operasional indikator adalah Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama. Sumber data berasal dari laporan penetapan RS Pendidikan, Laporan monitoring dan evaluasi Lokus 9 penyakit prioritas. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula perhitungan :

= terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama di RSUP Persahabatan
= 1 layanan untuk setiap 9 penyakit prioritas

Capaian terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama telah terlaksana di RSUP Persahabatan. 9 penyakit prioritas yang mempunyai tingkat morbiditas dan mortalitas tertinggi secara nasional yaitu penyakit jantung, kanker, diabetes mellitus, ginjal, hati, stroke/otak, Tuberculosis, penyakit infeksi, Kesehatan Ibu dan Anak. Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan selain menyelenggarakan 9 layanan prioritas juga menjadi rumah sakit pengampu penyakit prioritas yaitu Tuberculosis dan Kanker.



Gambar 29 Pelayanan Pasien TB di RSUP Persahabatan

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun

kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Supervisi layanan unggulan 9 layanan prioritas minimal strata utama**	Supervisi layanan unggulan prioritas yaitu dengan monev indikator klinis 9 layanan prioritas	Tercapainya indikator layanan prioritas di RSUP Persahabatan salah satunya yaitu layanan TB dan Kanker Paru diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan TB dan meningkatkan angka harapan hidup pasien Kanker Paru

Langkah strategis perbaikan:

- Pemenuhan kebutuhan alat kesehatan pada 9 layanan prioritas sesuai dengan standar strata pengampuan
- Perencanaan pemeliharaan alat kesehatan pada 9 layanan prioritas
- Upgrading keilmuan pada staf untuk mengoperasikan alat kesehatan yang baru

30) Indeks kepuasan masyarakat

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 37. Capaian indeks kepuasan masyarakat

Realisasi Indeks kepuasan masyarakat	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	86%	92,80%	86%	89,57%	87%	93,54%	≥80%	89.032%	≥80%	
Capaian	107.91%		104.15%		107.52%		111.29%		111.29%	

Analisa:

Definisi operasional indikator adalah pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat sesuai dengan Permenpan No 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik di RS Vertikal. Sumber data dari hasil kuesioner kepuasan masyarakat pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

$$= \text{Rata-rata total nilai persepsi per unsur} \times \text{nilai penimbang} \times 100\%$$

$$= 89.032\%$$

Capaian tahun 2023 sebesar 89.032%, capaian telah memenuhi target (≥80%).

Unsur IKM yang mendapat nilai B adalah waktu pelayanan dan kesesuaian pelayanan.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Berlangsungnya kegiatan Survei Indeks Kepuasan Masyarakat setiap Bulannya Di RSUP Persahabatan Untuk mendapatkan Nilai Survei Per Bulan, Triwulan, Semester, & Per Tahun	Kegiatan survey IKM rutin dilaksanakan setiap bulan pada area rawat inap, rawat jalan dan penunjang	Tercapainya indikator Indeks Kepuasan Masyarakat menjadi bahan evaluasi kinerja unit pelayanan dan sebagai dasar penetapan kebijakan dalam upaya meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan



Grafik 3 Nilai IKM Perbulan Tahun 2023

Kendala:

Penggunaan survey digital belum maksimal

Langkah strategis perbaikan:

Memasang barcode survey kepuasan pasien di area tunggu pasien rawat jalan, penunjang dan rawat inap.



Gambar 30 Pemasangan Informasi Scan Barcode Kepuasan Pelanggan di Area Rawat Jalan

Rekomendasi:

Segera menindaklanjuti komplain yang disampaikan oleh pasien dari form survey, sosial media ataupun komplain secara langsung di Rumah Sakit.

31) Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 38. Capaian tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan

Realisasi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥80%	88.95%	≥80%	
Capaian							111.19%		111.19%	

Analisa:

Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Survei kepuasan pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. Sumber data dari hasil survey kepuasan pasien menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. Pelaporan indikator setiap akhir tahun.

Formula perhitungan :

$$= (\text{total nilai persepsi seluruh responden} : \text{total unsur yang terisi dari seluruh responden}) \times 25$$

$$= 88.95\%$$

Indikator tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan dilakukan penilaian oleh pihak eksternal yaitu bekerja sama dengan Champs FKM UI. Hasil survey kepuasan pasien mendapatkan nilai 88.95%, capaian telah memenuhi target (80%).

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Peningkatan kualitas service ekselen	Pelatihan service ekselen bagi SDM RS baik pegawai rumah sakit maupun outsourcing telah terlaksana pada semester 1	Tercapainya indikator kepuasan masyarakat menjadi ukuran dasar dalam menilai pencapaian kinerja pelayanan di RSUP

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
2. Pelatihan SDM dalam mengelola hasil survey kepuasan pasien	Pelatihan SDM dalam mengelola hasil survey kepuasan pasien belum terlaksana	Persahabatan selama tahun 2023.
3. Pengembangan survey kepuasan pasien dengan sistem digital	Survey kepuasan pasien dengan sistem digital telah tersedia menggunakan QR Code yang terpasang di area ruang tunggu pasien rawat jalan, rawat inap dan penunjang	
4. Pelaksanaan survey kepuasan pasien secara independen	Pelaksanaan survey kepuasan pasien oleh pihak ke 3 di bulan November 2023	
5. Pemenuhan dan perbaikan sarana prasarana fasilitas umum (toilet pasien, ruang tunggu, taman, parkir)	a. Perbaikan toilet pasien pada tahun 2023 dilaksanakan di area rawat inap. b. Perbaikan area dan fasilitas parkir telah dilaksanakan sesuai indikator transformasi. c. Renovasi ruang tunggu rawat akan dilakukan pada semester 2 di bulan Juli 2023	
6. Pemenuhan kebutuhan pasien dibidang pelayanan medik	Pemenuhan kebutuhan pasien seperti penyediaan obat-obat, BMHP, alat kesehatan dengan merencanakan pengadaan kebutuhan dan monitoring penggunaan obat, BMHP, alkes setiap bulan	

Kendala:

Unsur penilaian dengan nilai terendah adalah waktu penyelesaian pelayanan, penanganan pengaduan, saran dan masukan dan perilaku pelaksana.

Langkah strategis perbaikan:

1. Renovasi ruang tunggu pendaftaran pasien rawat jalan dilaksanakan pada tahun 2023 agar kenyamanan pasien tetap terjaga.
2. Untuk meningkatkan service excellent, RSUP Persahabatan mengadakan pelatihan interaksi pelayanan publik bagi petugas yang melayani pasien secara langsung.



Gambar 31 Pelatihan Interaksi Layanan Publik

Rekomendasi:

Aktif memonitoring pengaduan yang masuk baik komplain secara online (sosial media, website, google review, dsb) dan secara offline dan menindaklanjuti masukan serta saran untuk perbaikan pelayanan di RSUP Persahabatan.

32) Laporan bulanan pengukuran 13 indikator mutu nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 39. Capaian laporan bulanan pengukuran 13 indikator mutu nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Realisasi laporan bulanan pengukuran 13 indikator mutu nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di RSUP Persahabatan yang memenuhi target INM yang ditetapkan. Sumber data berasal dari laporan INM pada aplikasi SIMAR. Periode pelaporan indikator setiap

bulan.

Formula perhitungan :

= jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (januari-desember)
= 12 laporan

Capaian laporan bulanan pengukuran 13 indikator mutu nasional tercapai setiap bulan 1 laporan, selama tahun 2023 tercapai 12 laporan periode Januari–Desember. Capaian telah memenuhi target. Pengumpulan data INM setiap bulan diinput oleh petugas ruangan baik rawat inap, poli rawat jalan, Instalasi dan Komite PPI. Pengumpulan data INM telah terdigitalisasi melalui aplikasi SIRS RS yaitu aplikasi PRIMA.



Gambar 32 Contoh penginputan INM pada Aplikasi PRIMA

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. pengumpulan data INM, pembahasan dan evaluasi 2. Validasi Data 3. Monev	Pengumpulan data INM, validasi dan monev telah dilaksanakan rutin setiap bulan koordinasi antara PIC setiap ruangan, Kepala Instalasi, Komite PPI dan Komite Mutu	Capaian laporan bulanan 13 indikator mutu nasional memberi dampak pada peningkatan mutu layanan secara berkesinambungan di RSUP Persahabatan

Langkah strategis perbaikan:

Menjaga kualitas mutu pelayanan, RSUP Persahabatan ikut serta dalam akreditasi KARS dan JCI pada tahun 2023.



Gambar 33 Sertifikat Akreditasi KARS dan JCI

Rekomendasi:

Melanjutkan keikutsertaan dalam survey akreditasi dengan standar internasional setiap tahunnya untuk tetap menjaga kualitas mutu layanan di semua area pelayanan.

33) Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 40. Capaian laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0

Realisasi laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12 Laporan	12 Laporan	12 Laporan	
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel never event nihil. Sumber data dari laporan IKP pada aplikasi mutu fasyankes. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

= jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan never event nihil setiap bulan (Januari-Desember)
= 12 Laporan IKP (Januari – Desember)

Capaian laporan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tercapai setiap bulan 1 laporan.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
pengumpulan laporan IKP, regrading dan pembahasan upaya tindak lanjut dengan unit terkait	Pengumpulan laporan IKP, regrading dan pembahasan upaya tindak lanjut dengan unit terkait telah rutin dilaksanakan secara berkala	Tercapainya laporan Insiden Keselamatan Pasien setiap bulan mewujudkan kepatuhan penerapan Standar Keselamatan Pasien untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan.

Langkah strategis perbaikan:

- Impelementasi pelaporan dan tindak lanjut Insiden Keselamatan Pasien (IKP) sesuai SPO
- Kejadian Sentinel ditindaklanjuti melalui RCA dengan dibentuk Tim RCA yang dikoordinir oleh Komite Mutu, untuk mencegah kejadian sentinel berulang
- Internalisasi Insiden Keselamatan Pasien dan tindak lanjutnya ke seluruh staf pelayanan

Rekomendasi:

Monev berkala IKP pada semua kategori insiden

34) Kepatuhan kebersihan tangan

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 41. Capaian kepatuhan kebersihan tangan

Realisasi kepatuhan kebersihan tangan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥90%	91.67%	≥90%	
Capaian	NA		NA		NA		101.86%		101.86%	101.86%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator sesuai dengan definisi operasional kepatuhan kebersihan tangan pada Peraturan

Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan} : \text{jumlah total peluang} \\
 &\quad \text{kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}) \times \\
 &\quad 100\% \\
 &= (16227 : 17701) \times 100\% \\
 &= 91.67\%
 \end{aligned}$$

capaian indikator kepatuhan kebersihan tangan tahun 2023 sebesar 91.67%, capaian telah memenuhi target. Total sampel 17701, Jumlah yang patuh mencuci tangan 5 momen sebanyak 16227. Kepatuhan kebersihan tangan dinilai bagi DPJP, Perawat, prakarya/penunjang, koas dan mahasiswa stase.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa keberhasilan capaian kinerja
1. Reminder kebersihan tangan dengan media video dan paging	Video 5 momen hand hygiene telah tersedia dan diputar saat sosialisasi ataupun pada TV display di area pelayanan.	Capaian indikator kepatuhan kebersihan tangan telah memenuhi target. Tercapainya kepatuhan kebersihan tangan dapat mengurangi risiko penularan infeksi bagi pegawai dan pasien.
2. Audit kebersihan tangan 5 momen di semua ruang perawatan	Audit kebersihan tangan 5 momen dilaksanakan setiap bulan di seluruh ruang perawatan	
3. Monitoring kelengkapan fasilitas kebersihan tangan	Fasilitas kebersihan tangan seperti washtafel, handrub, sticker 5 momen telah terpasang di seluruh area cuci tangan basah dan kering.	

Kendala:

Capaian yang belum mencapai 90% adalah koas dan mahasiswa

Langkah perbaikan strategis:

Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan yaitu dengan pemasangan sticker 5 momen hand hygiene, sosialisasi dan evaluasi kepatuhan kebersihan tangan bagi mahasiswa dan pegawai.



Gambar 34 Kegiatan sosialisasi kebersihan tangan dan pemasangan sticker 5 momen

Rekomendasi:

Melakukan sosialisasi 5 momen hand hygiene rutin bagi pegawai dan setiap ada mahasiswa magang di RSUP Persahabatan.

35) Kepatuhan penggunaan APD

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 42. Capaian kepatuhan penggunaan APD

Realisasi kepatuhan penggunaan APD	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	99.54%	100%	
Capaian	NA		NA		NA		99.54%		99.54%	99.54%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator sesuai dengan definisi operasional kepatuhan penggunaan APD pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi} : \text{jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}) \times 100\% \\
 &= (2828 : 2841) \times 100\% \\
 &= 99.54\%
 \end{aligned}$$

capaian kebutuhan penggunaan APD tahun 2023 tercapai 99.54%, capaian

belum memenuhi target 100%. Pada bulan Januari-April proses penilaian masih menggunakan kriteria saat pandemi covid, sedangkan status covid sudah berubah menjadi endemi sehingga capaian belum 100%.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
1. Melakukan audit ketepatan penggunaan APD di area pelayanan pasien. 2. Monitoring ketersediaan APD di RS 3. Fit Test masker N95	1. Pelaksanaan audit ketepatan penggunaan APD di area pelayanan pasien telah dilaksanakan rutin setiap bulan oleh IPCN dengan menggunakan metode sampling 2. Monitoring ketersediaan APD di RS terdokumentasi pada aplikasi PRIMA	Capaian indikator kepatuhan penggunaan APD belum memenuhi target karena perubahan status pandemic covid menjadi endemic, sedangkan kriteria penilaian penggunaan APD masih berlaku sesuai zonasi covid dari bulan Januari – April 2023.

Kendala:

Pada bulan Januari – April 2023 capaian belum mencapai target 100% dikarenakan proses penilaian survey masih menggunakan kriteria zonasi saat pandemic covid sedangkan status pandemic saat itu sudah berubah menjadi endemic.

Langkah strategis perbaikan:

1. Mengkaji ulang definisi operasional pada kamus indikator terkait kriteria penilaian penggunaan APD sesuai kriteria pasca pandemic covid.
2. Melakukan sosialisasi kepada seluruh pegawai khususnya di area pelayanan terkait kriteria penggunaan APD sesuai zonasi

Rekomendasi:

Melakukan sosialisasi secara berkala kepada seluruh pegawai dan peserta didik terkait penggunaan APD sesuai kriteria zonasi.

36) Kepatuhan identifikasi pasien

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 43. Capaian kepatuhan identifikasi pasien

Realisasi kepatuhan identifikasi pasien	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	99.64%	100%	
Capaian	NA		NA		NA		99.64%		99.64%	99.64%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator sesuai dengan definisi operasional kepatuhan identifikasi pasien pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Formula perhitungan :

$$= (\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi} : \text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}) \times 100\%$$

$$= (31662 : 31776) \times 100\%$$

$$= 99.64\%$$

Capaian Kepatuhan Identifikasi Pasien belum memenuhi target 100%. Pada tahun 2023 terdapat 31776 pegawai yang dilakukan audit kepatuhan identifikasi pasien, terdapat 31662 pegawai yang masih terdapat kesalahan pada saat identifikasi pasien. Pada bulan Februari 2023 terdapat laporan kesalahan identifikasi dari Rehab Medik berupa kartu berobat kontrol ulang. Bulan Mei 2023 kejadian kesalahan identifikasi pasien di IGD yaitu terdapat perbedaan identitas sampel dan permintaan pemeriksaan, teridentifikasi sebelum dilakukan pemeriksaan sampel.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
Monev kepatuhan identifikasi pasien oleh unit kerja terkait	Monev kepatuhan identifikasi pasien oleh unit terkait telah dilaksanakan secara rutin setiap bulan	Tercapainya indikator kepatuhan identifikasi pasien mewujudkan peningkatan mutu dan kualitas pelayanan

Kendala:

Kesalahan identifikasi pasien biasanya terjadi pada saat situasi pasien sedang overload.

Langkah strategis perbaikan:

Melakukan sosialisasi rutin kepada setiap petugas untuk melaksanakan identifikasi pasien minimal menggunakan 2 identitas.



Gambar 35 Contoh identifikasi pasien minimal menggunakan 2 identitas sebelum memberikan obat intravena

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi kepatuhan identifikasi pasien oleh Komite Mutu

37) Pelaporan hasil kritis laboratorium

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 44. Capaian pelaporan hasil kritis laboratorium

Realisasi pelaporan hasil kritis laboratorium	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	100%	100%	
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator sesuai dengan definisi operasional pelaporan hasil kritis laboratorium pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan} \leq 30 \text{ menit} : \text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}) \times 100\% \\
 &= (1282:1282) \times 100\% \\
 &= 100\%
 \end{aligned}$$

Capaian Pelaporan hasil kritis laboratorium sudah mencapai target 100%. Pada tahun 2023 total observasi hasil kritis laboratorium berjumlah 1282, seluruh hasil kritis yang diobservasi telah dilaporkan dalam waktu ≤ 30 menit. Pelaporan hasil

kritis laboratorium telah terlaksana menggunakan sistem informasi yaitu melalui aplikasi HCLAB, pengelolaan aplikasi bekerja sama dengan pihak ke-3.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Membuat konsep pelaporan nilai kritis secara digital dengan berkolaborasi dengan SIMRS. 2. Melakukan pelatihan internal terhadap semua staf analis di laboratorium mengenai nilai kritis	Pemantauan rutin setiap bulan melalui monitoring dan evaluasi indikator mutu nasional pada aplikasi PRIMA	Tercapaiannya indikator pelaporan hasil kritis laboratorium bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien

Langkah strategis perbaikan:

Koordinasi antara petugas laboratorium dan perawat untuk melaporkan hasil nilai kritis ke DPJP.

Rekomendasi:

Mengevaluasi kebijakan pelaporan nilai kritis laboratorium agar kerja sama antara petugas laboratorium, perawat dan DPJP dapat berjalan dengan baik untuk meningkatkan keselamatan pasien.

38) Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 45. Capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional

Realisasi kepatuhan penggunaan formularium nasional	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	≥90%	93.40%	≥90%	
Capaian	NA		NA		NA		103.78%		103.78%	103.78%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator sesuai dengan definisi operasional kepatuhan penggunaan formularium nasional pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= \text{Jumlah R/recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional} : \text{Jumlah R/recipe dalam lembar resep yang diobservasi} \times 100\% \\
 &= (4740:5075) \times 100\% \\
 &= 93.40\%
 \end{aligned}$$

capaian kepatuhan penggunaan formularium nasional telah memenuhi target $\geq 90\%$. Pada 2023 terdapat 5075 jumlah recipe yang diobservasi, sejumlah 4740 recipe telah sesuai dengan formularium nasional.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Menghitung Jumlah R/ yang sesuai dengan formularium nasional.	Kegiatan menghitung jumlah R/ yang sesuai formularium nasional telah rutin dilaksanakan setiap bulan	Tercapainya kepatuhan penggunaan formularium nasional telah mencapai target. Tercapainya indikator mewujudkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien berdasarkan daftar yang ditetapkan secara nasional

Kendala:

Masih adanya barang farmasi yang tidak dikirim dalam 10 hari, bahkan tidak dikirim karena stock kosong.

Langkah strategis perbaikan:

Berkoordinasi dengan pengadaan untuk meminta pengalihan distributor obat.

Rekomendasi:

Menguatkan perencanaan, pemesanan obat, evaluasi stock obat dan pagu anggaran yang tersedia.

39) Kepatuhan alur klinis (*clinical pathway*)

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 46. Capaian kepatuhan alur klinis (*clinical pathway*)

Realisasi kepatuhan penggunaan formularium nasional	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	$\geq 85\%$	93.10%	$\geq 85\%$	
Capaian	NA		NA		NA		109.53%		109.53%	109.53%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator sesuai dengan definisi operasional kepatuhan alur klinis (*clinical pathway*) pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway} : \text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway}) \times 100\% \\
 &= (54 : 58) \times 100\% \\
 &= 93.10\%
 \end{aligned}$$

Capaian kepatuhan alur klinis telah tercapai 93.10%, capaian telah memenuhi target $\geq 85\%$.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pemilihan clinical pathway RS 2. Penyusunan Clinical Pathway 3. Implementasi Clinical Pathway 4. Monev Clinical Pathway 5. Efisiensi Clinical Pathway	Pemilihan CP, penyusunan CP, implementasi CP, monev CP telah dilaksanakan secara rutin setiap bulan	Tercapainya indikator kepatuhan alur klinis (<i>clinical pathway</i>) bertujuan untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis dan menurunkan biaya.

Kendala:

RSUP Persahabatan sebagai rumah sakit dengan severity level 3 merupakan rumah sakit rujukan dengan kasus-kasus yang kompleks sehingga perlu memerlukan pembaharuan CP yang lebih cepat

Langkah strategis perbaikan:

- Clinical Pathway disusun terintegrasi mulai dari tata laksana medis – keperawatan – farmasi sampai dengan gizi pasien sesuai diagnosa CP
- Pelaksanaan audit klinis dan audit medis secara berkala

Rekomendasi:

- Penyusunan clinical pathway untuk kasus-kasus yang menjadi varian
- Audit klinis dan audit medis tetap dilaksanakan secara berkala

40) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 47. Capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Realisasi kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100%	99.60%	100%	
Capaian	NA		NA		NA		99.60%		99.60%	99.60%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator sesuai dengan definisi operasional kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium Kesehatan, dan Unit Transfusi Darah.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh} : \text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}) \times 100\% \\
 &= (7928:7960) \times 100\% \\
 &= 99.60\%
 \end{aligned}$$

Capaian kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien tercapai 99.60%, capaian belum memenuhi target (100%). Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang diobservasi pada tahun 2023 berjumlah 7960 pasien. Capaian belum mencapai 100% karena masih ada petugas yang belum tertib menginput asesmen risiko jatuh pada aplikasi PRIMA.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
Monev kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh oleh unit kerja terkait	Monitoring dan evaluasi kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh oleh unit kerja terkait telah rutin dilakukan kepada setiap pasien	Tercapaiannya kepatuhan pencegahan risiko pasien jatuh dapat meningkatkan kepercayaan pada pelayanan di RSUP Persahabatan dan dapat menurunkan biaya kesehatan karena pasien tidak jatuh.

Kendala:

Beberapa petugas dipelayanan masih ada yang belum tertib menginput asesmen risiko jatuh pada aplikasi PRIMA.

Langkah strategis perbaikan:

Melakukan monitoring pengisian asesmen risiko jatuh saat asesmen awal maupun setiap perubahan kondisi pasien (khusus pasien rawat inap) yaitu dengan scoring risiko jatuh pada pasien rawat jalan dan rawat inap pada aplikasi PRIMA.



Gambar 36 Asesmen resiko jatuh pasien rawat jalan

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi pengisian asesmen risiko jatuh oleh kepala ruangan.

41) Jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 48. Capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu

Realisasi jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6	26	6	
Capaian	NA		NA		NA		433%		433%	433%

Analisa:

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang RS dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resisten Obat, RSUP Persahabatan termasuk RS yang ditunjuk sebagai pelaksana layanan TB. Dalam rangka mendukung

terwujudnya pengampuan pelayanan respirasi rumah sakit di Indonesia, RSUP Persahabatan menetapkan indikator jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu pada Perjanjian Kinerja Tahun 2023.

Formula perhitungan :

= Jumlah Rumah Sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu
 = 26 RS jejaring

capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu tercapai 26 MoU dari 23 Provinsi.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pengajuan Sarana prasarana dan SDM untuk program pengampuan 2. Proktorship kepada RS Pengampu 3. Terlaksananya pencatatan dan pelaporan RS yang diampu 4. Penyusunan aplikasi KOMEN untuk layanan pengampuan	1. Pengajuan prasarana telah diajukan ke Kemenkes 2. Proctoring kepada RS pengampu sudah dilaksanakan di 2 RS 3. Pencatatan dan pelaporan RS yang diampu sudah berjalan secara manual di RS pengampu masing-masing 4. Penyusunan aplikasi KOMEN sedang proses pengembangan kerja sama RSUP Persahabatan dengan RS Kariadi	Tercapainya jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu bertujuan untuk meningkatkan level stratifikasi satu level lebih tinggi, meningkatkan peran serta rumah sakit yang diampu keseluruhan di dalam pencatatan pelaporan TB dan menjalani sistem telekonsultasi untuk kasus TB secara nasional.



Gambar 37 MoU Kerja Sama Pengampunan TB dan Transplantasi Paru

Kendala:

Keterbatasan SDM, sarana dan prasarana pada RS yang akan diampu menjadi faktor penyebab MoU belum terlaksana sesuai target Kemenkes (36 MoU).

Langkah strategis perbaikan:

Mengadakan pelatihan SDM dan visitasi ke RS yang akan diampu.

Rekomendasi:

Membuat time line visitasi ke RS yang akan diampu.

42) Pengampunan RSUD menjadi strata utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 49. Capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu

Realisasi jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	1	1	
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama. Periode pelaporan indikator

setiap akhir tahun.

Formula perhitungan :

= jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama)
yang dilakukan pembinaan
=1 RSUD

Capaian pengampuan RSUD menjadi strata utama tercapai 1 RSUD yaitu RSUD Dr. Zainoel Abidin.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Koordinasi dengan Tim Pengampu	1. Visitasi, penandatanganan dan pelatihan layanan TBC DOTS di RSUD Berkah Pandeglang 2. Visitasi RSUD dr Zainoel Abidin	Tercapainya strata utama pada RSUD pengampu TB untuk meningkatkan strata pelayanan agar dapat menurunkan angka kesakitan TB.



Visitasi dan pelatihan layanan TBC DOTS di RSUD Berkah Pandeglang

Visitasi RSUD dr. Zainoel Abidin

Gambar 38 Visitasi ke RSUD untuk Pengampuan TB

Kendala:

Tahun 2023 fokus peningkatan strata pada RS Vertikal sehingga pengampuan RSUD baru terlaksana pada 1 RSUD.

Langkah strategis perbaikan:

Mengadakan pelatihan SDM dan visitasi ke RSUD yang akan diampu.

Rekomendasi:

Membuat time line visitasi ke RS yang akan diampu.

43) Terselenggaranya RS vertikal dengan strata paripurna

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 50. Capaian terselenggaranya RS vertikal dengan strata paripurna

Realisasi terselenggaranya RS vertikal dengan strata paripurna	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	6	1	
Capaian	NA		NA		NA		600%		600%	600%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah rumah sakit yang dilakukan pembinaan oleh rumah sakit vertikal yang mencapai strata targetnya (rumah sakit vertikal yang mencapai strata target paripurna). Periode pelaporan indikator setiap akhir tahun.

Formula perhitungan :

= jumlah rumah sakit yang tercapai strata targetnya setelah dilakukan pembinaan oleh rs vertikal
 = 6 RS

Capaian RS Vertikal dengan strata paripurna tercapai 6 RS yaitu RSUP Adam Malik, RSUP Hasan Sadikin, RS Paru Dr. M. Goenawan Partowidigdo, RSUP Dr. Kariadi, RSU Dr. Soetomo, RS Paru Dr. Ario Wirawan.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Koordinasi dengan Tim Pengampu	1. Visitasi, penandatanganan MoU dan pelatihan layanan TBC DOTS RSUP yang diampu 2. Penyegaran materi layanan respirasi dan tuberculosis untuk RS Vertikal yang diampu 3. Pelatihan Sistem Informasi Tuberkulosis 4. Kegiatan proctorship	Tercapainya indikator jumlah rumah sakit yang tercapai strata targetnya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal bertujuan untuk meningkatkan



Gambar 39 Kegiatan Pengampuan TB

Kendala:

Keterbatasan SDM, sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor penghambat peningkatan strata untuk RS Vertikal.

Langkah strategi perbaikan:

Penyegaran materi dan pelatihan SDM, koordinasi dengan Kementerian Kesehatan untuk pengadaan sarpras bagi RS yang akan diampu.

Rekomendasi:

Membuat time line visitasi ke RS yang akan diampu.

44) Benchmarking / sister hospital

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 51. Capaian benchmarking / sister hospital

Realisasi benchmarking / sister hospital	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2	2	2	
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa:

Benchmarking/sister hospital merupakan study banding proses bisnis dan ukuran kinerja suatu RS dengan RS Negara lain / luar negeri yang memiliki keunggulan pelayanan spesifik. Kriteria inklusi adalah RS yang melakukan MoU / PKS.

Formula perhitungan :

= Jumlah *benchmarking/sisterhospital* yang dilakukan dalam 1 tahun
 = 2 Institusi Luar Negeri

Benchmarking / sister hospital tercapai 2 RS yaitu RS Guangzhou dan Hiroshima University Hospital.

negeri sesuai isi perjanjian.

45) Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 52. Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara

Realisasi layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50%	80%	50%	
Capaian	NA		NA		NA		160%		160%	160%

Analisa:

Definisi operasional indikator adalah prosentase capaian salah satu jenis layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara. Dianggap layanan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara adalah jenis layanan respirasi termasuk dalam salah satu dari 3 Negara di Asia Tenggara yang sudah mampu melaksanakan layanan tersebut. Jenis layanan unggulan respirasi salah satunya: one stop TB service, bronkoskopi + TBNA, interstitial lung disease and rare lung disease, onkologi toraks, transplantasi paru.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{capaian layanan respirasi unggulan tahun berjalan : outcome layanan respirasi unggulan yang harus dicapai}) \times 100\% \\
 &= (4:5) \times 100\% \\
 &= 80\%
 \end{aligned}$$

Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara tercapai 80%. Layanan yang telah terselenggara adalah one stop TB, Bronkoskopi + TBNA, ILD, Onkologi thorak. Transplantasi paru belum terlaksana karena pasien belum ada.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir	Terselenggaranya layanan one stop TB, Bronkoskopi + TBNA, ILD, Onkologi thorak.	Tercapainya indikator layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara bertujuan untuk meningkatkan kunjungan pasien dan

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
		diharapkan mengurangi jumlah pasien yang berobat ke luar negeri karena di dalam negeri telah tersedia fasilitas kesehatan yang unggul.

Kendala:

Pelayanan transplantasi paru belum terlaksana karena pasien belum ada

Langkah strategi perbaikan:

Aktif menjalin kerja sama dengan Rumah Sakit Vertikal perihal perjanjian kerja sama jejaring rumah sakit untuk donor dan resipien pada program transplantasi paru.



Penandatanganan MoU Program Transplantasi Paru RSUP Persahabatan dengan RSUP Fatmawati

Gambar 41 MoU Program Transplantasi Paru

Rekomendasi:

Aktif menjalin kerja sama dengan Rumah Sakit Pemerintah untuk donor transplantasi paru.

46) Persentase (%) kenaikan POBO

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 53. Capaian persentase (%) kenaikan POBO

Realisasi persentase (%) kenaikan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	

POBO	75%	108.53%	76%	108.93%	77%	66.66%	78%	82.95%	80%	65%
Capaian	144.71%		143.33%		86.57%		106.35%		103.69%	127.62%

Analisa:

POBO adalah rasio pendapatan operasional terhadap biaya operasional. Metode pengumpulan data diperoleh dari laporan keuangan yang disusun oleh Kelompok Substansi Akuntansi dan BMN. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{pendapatan PNBPN} : \text{beban operasional}) \times 100\% \\
 &= (\text{Rp}482.708.947.710 : 581.908.986.656) \times 100\% \\
 &= 82.95\%
 \end{aligned}$$

Capaian indikator kenaikan POBO per Desember 2023 sebesar 82.95%, capaian telah memenuhi target (78%).

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
menghitung Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	Penghitungan pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional (POBO) telah rutin dilaksanakan dan dilaporkan setiap bulan	Indikator persentase kenaikan POBO pada bulan Desember 2023 telah memenuhi target.

Kendala:

Beban operasional khususnya beban persediaan merupakan beban tertinggi setelah beban pegawai

Langkah strategis perbaikan:

1. Optimalisasi layanan rawat inap dan rawat jalan
2. Optimalisasi pemanfaatan asset seperti penyewaan lahan
3. Upaya yang dilakukan untuk menganalisa beban persediaan dengan pembentukan tim tarif untuk review tarif terbaru.



Gambar 42 SK Tim Penyusunan Tarif Pelayanan

47) Persentase (%) kenaikan revenue

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 54. Capaian persentase (%) kenaikan revenue

Realisasi persentase kenaikan revenue	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	4,63%	8%	4,69%	19,67%	4,75%	6,81%	4,88%	9,19%	4,94%	
Capaian	172,79%		419,40%		143,37%		188,39%		186,10%	61,27%

Analisa:

Revenue adalah semua pendapatan RSUP Persahabatan yang diukur berdasarkan jumlah yang masuk pada rekening bendahara penerima RS setiap bulan.

Pengumpulan data capaian persentase kenaikan revenue dilakukan setiap bulan tetapi pelaporan dilakukan setiap triwulan. Metode pengumpulan data diperoleh dari laporan revenue yang disusun oleh Kelompok Substansi Anggaran.

Formula perhitungan :

$$= (\text{penerimaan operasional, penerimaan lain-lain dan penerimaan dari hibah yang tidak mengikat setiap bulan} : \text{target pendapatan tahun berjalan}) \times 100\%$$

$$= (55.159.194.983 : 600.000.000.000 \times 100\%)$$

= 9.19%

capaian kenaikan revenue per Desember 2023 sebesar 9.19%, capaian telah memenuhi target yaitu 4.88%.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Optimalisasi penyerapan anggaran dengan memaksimalkan system IT terintegrasi	1. Monitoring penyerapan anggaran dengan menggunakan sistem IT terintegrasi telah dilakukan secara berkala. 2. Optimalisasi penagihan sewa lahan kepada vendor-vendor 3. Optimalisasi klaim BPJS	Tercapainya indikator kenaikan revenue diharapkan dapat memenuhi target-target penerimaan/pendapatan rumah sakit sehingga dapat memenuhi biaya operasional RS.



The screenshot displays a web-based financial monitoring system. At the top, there are several blue folder icons labeled: 'Master Rencana Anggaran', 'MRA', 'Dokumen Page MRA', 'New Page MRA', 'Edit Page MRA', and 'Master Cost'. Below these, a large table provides a detailed breakdown of financial data, including columns for various budget categories, planned amounts, and actual expenditures. The table contains multiple rows of data, likely representing different departments or projects within the institution.

Gambar 43 Monitoring penyerapan anggaran

Kendala:

Dalam pencapaian target terdapat beberapa kendala diantaranya: adanya pending klaim BPJS atau klaim BPJS hanya satu tindakan yang di acc untuk beberapa tindakan yang bersifat *multiple*, adanya renovasi yang menyebabkan pelayanan menjadi tidak optimal.

Langkah strategis perbaikan:

1. Evaluasi koding agar pendapatan JKN sesuai pengajuan klaim.
2. Optimalisasi penagihan sewa lahan di RSUP Persahabatan

3. Optimalisasi klaim BPJS

Rekomendasi:

1. Meningkatkan promosi pelayanan di website dan sosial media rumah sakit
2. Pemanfaatan lahan rumah sakit untuk penyewaan lahan usaha.

48) Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 55. Capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti

Realisasi persentase (%) kenaikan POBO	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	50%	97.40%	50%	
Capaian	NA		NA		NA		105.30%		105.30%	105.30%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam laporan hasil pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam hasil pemantauan semester (HAPSEM) BPK. Sumber data dari laporan hasil tindaklanjut rekomendasi BPK. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti} : \text{jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK}) \times 100\% \\
 &= (150:154) \times 100\% \\
 &= 97.40\%
 \end{aligned}$$

capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti tercapai 97.40%, capaian telah memenuhi target. Dari total 20 Laporan Hasil Pemeriksaan, terdapat 65 temuan dan 154 saran/rekomendasi BPK, 150 rekomendasi telah selesai ditindak lanjuti.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. Pendampingan dan konsultasi dengan Tim	Kegiatan pendampingan dan konsultasi dengan Tim BPK,	Tercapainya indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
BPK . 2. Melakukan Tindak Lanjut LHP BPK, secara berkesinambungan. 3. Update Data dan konsultasi dengan Tim Itjen.	melengkapi tindak lanjut LHP BPK secara berkesinambungan dan update data dengan Tim Itjen telah dilaksanakan	BPK yang telah tuntas ditindak lanjuti diharapkan dapat mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi wilayah bebas korupsi

Kendala:

1. Alamat perusahaan tidak dapat ditelusuri (PT Trio Ekspres);
2. Pimpinan perusahaan tidak memenuhi panggilan RSUP untuk penyelesai masalah (PT Afira).

Langkah strategis perbaikan:

1. Usulan TPTD;
2. Pelimpahan berkas Piutang Macet ke KPKNL.
3. Proses Pemenuhan berkas yang kurang (KTP, NPWP Pengurus dan Perusahaan dengan mendatangi beberapa alamat)
4. Proses Penyelesaian Reviu Piutang macet

Rekomendasi:

peran aktif unit-unit terkait untuk pemenuhan data dukung dalam penyelesaian temuan.

49) Persentase realisasi target pendapatan BLU

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 56. Capaian persentase realisasi target pendapatan BLU

Realisasi persentase realisasi target pendapatan BLU	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	95%	84.34%	95%	
Capaian	NA		NA		NA		88.78%		88.78%	88.78%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. Sumber data dari laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional rumah sakit. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{realisasi pendapatan rawat jalan} + \text{pendapatan rawat inap} + \text{pendapatan layanan lainnya}) : \text{target pendapatan BLU} \times 100\% \\
 &= (506.033.983.272 : 600.000.000.000) \times 100\% \\
 &= 84.34\%
 \end{aligned}$$

persentase realisasi target pendapatan BLU sampai 31 Desember 2023 tercapai 84.34%, capaian belum memenuhi target 95%. Dari total target pendapatan Rp600.000.000.000 tercapai Rp506.033.983.272.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pendapatan BLU sesuai dengan pencatatan penerimaan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Melaporkan ke KPA maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	1. Kegiatan kompilasi laporan pendapatan BLU dan pelaporan ke KPA telah rutin dilaksanakan setiap bulan. 2. Memaksimalkan pemanfaatan bed di rawat inap dan Griya Puspa. 3. Memaksimalkan klaim BPJS	Capaian realisasi target pendapatan BLU belum memenuhi target tahun 2023.

Kendala:

SK tarif yang digunakan pada semester 1 masih menggunakan SK tarif tahun 2014.

Langkah strategis perbaikan:

1. Review tarif pelayanan terbaru
2. Memaksimalkan pemanfaatan bed di rawat inap dan Griya Puspa
3. Memaksimalkan klaim BPJS agar dibayarkan pada Desember 2023

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi tarif pelayanan terbaru

50) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 57. Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni

Realisasi persentase realisasi	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	

bersumber rupiah murni	NA	NA	NA	NA	NA	NA	95%	97.09%	95%	95%
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%	100%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni (APBN/RM). Sumber data dari laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional rumah sakit. Periode pelaporan setiap bulan.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni} : \text{total anggaran yang bersumber dari rupiah murni}) \times 100\% \\
 &= (94.216.226.132 : 97.043.645.000) \times 100\% \\
 &= 97.09\%
 \end{aligned}$$

Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni sampai 31 Desember 2023 tercapai 97.09%, capaian telah memenuhi target tahunan 95%. Total pagu anggaran sumber dana dari rupiah murni sebesar Rp97.043.645.000 telah terserap sebesar Rp94.216.226.132.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	1. Kegiatan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya 2. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	Capain persentase realisasi anggaran bersumber dari rupiah murni tahun 2023 telah memenuhi target satu tahun.

Kendala:

Adanya revisi DIPA menyebabkan perubahan pagu anggaran dari rupiah murni.

Langkah strategis perbaikan:

1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya.

2. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya

Rekomendasi:

Monitoring penggunaan pagu anggaran setiap bulan

51) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 58. Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

Realisasi persentase realisasi bersumber rupiah murni	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	95%	78.22%	95%	
Capaian	NA		NA		NA		82.34%		82.34%	82.34%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU (badan layanan umum). Sumber data dari laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional rumah sakit. Periode pelaporan setiap bulan.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU} : \text{total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU}) \times 100\% \\
 &= (553.086.028.261 : 707.059.494.000) \times 100\% \\
 &= 78.22\%
 \end{aligned}$$

Persentase realisasi anggaran bersumber dana BLU sampai 31 Desember 2023 tercapai 78.22%, belum mencapai target tahunan 95%. Total anggaran dari rupiah BLU adalah Rp.707.059.494.000, penyerapan anggaran bersumber dana BLU adalah Rp553.086.028.261.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Rekonsiliasi dengan KS	Kegiatan kompilasi laporan pengeluaran BLU, rekonsiliasi dengan KS Akuntansi, pelaporan ke KPA, penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas telah rutin	Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU tahun 2023 belum memenuhi target. Tidak tercapainya target realisasi anggaran bersumber rupiah BLU karena penerimaan

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran. 3. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	dilaksanakan setiap bulan.	BLU belum memenuhi target penerimaan setiap bulan.

Kendala:

Penerimaan operasional BLU belum mencapai target setiap bulannya sehingga realisasi anggaran BLU belum terealisasi sesuai target penerimaan. Adanya klaim JKN yang ditolak karena tidak memenuhi persyaratan BPJS.

Langkah strategis perbaikan:

1. Review unit cost diseluruh pelayanan
2. Evaluasi coding agar klaim JKN dapat optimal
3. Mengatur cash flow disesuaikan dengan penerimaan agar ada saldo di akhir tahun
4. Prognosa diperkirakan tercapai 80% disesuaikan dengan penerimaan agar tidak terjadi defisit

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi tarif pelayanan secara berkala

52) Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 59. Capaian persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

Realisasi persentase realisasi bersumber rupiah murni	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	10%	10.39%	10%	
Capaian	NA		NA		NA		103.90%		103.90%	103.90%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. Definisi operasional indikator adalah persentase kunjungan pasien VVIP di rs vertikal. Sumber data berasal dari data jumlah pasien di rumah sakit. Periode pelaporan setiap semester.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{jumlah kunjungan pasien VVIP} : \text{jumlah total kunjungan pasien VIP di RS} \\
 &\text{Vertikal}) \times 100\% \\
 &= (8 : 77) \times 100\% \\
 &= 10.39\%
 \end{aligned}$$

Capaian jumlah kunjungan pasien VVIP tercapai 10.39%. Pelayanan VVIP rawat inap dibuka sejak September 2023 karena adanya renovasi gedung Griya Puspa.



Gambar 44 Ruang Rawat Inap VVIP

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Keberhasilan capaian kinerja
Supervisi pelayanan unggulan VVIP	Supervisi pelayanan unggulan VVIP pada semester 1 melakukan pemantauan progress penyelesaian renovasi ruang rawat inap VVIP. Ruang rawat inap SVIP aktif digunakan sejak September 2023.	Capaian jumlah kunjungan pasien VVIP telah mencapai target. Tujuan adanya layanan VVIP adalah agar masyarakat lebih memilih berobat di dalam negeri karena telah tersedia layanan kesehatan dengan fasilitas bertaraf internasional

Kendala:

Gedung Griya Puspa pada Desember 2022 hingga maret 2023 dilakukan renovasi termasuk 2 ruang rawat inap VVIP yang berada di Gedung Griya Puspa lantai 6. Hingga Agustus 2023 ruang rawat inap belum selesai renovasi karena sedang proses pemenuhan fasilitas ruangan seperti TV, lemari pakaian dan kitchen set. Ruang rawat inap SVIP aktif digunakan sejak September 2023.

Langkah strategis perbaikan:

1. Monitoring pengajuan RAB untuk pemenuhan fasilitas ruangan VVIP
2. Melakukan promosi kepada masyarakat, menginformasikan adanya ruang rawat super VIP.

Rekomendasi:

1. Koordinasi rutin antara Griya Puspa, Instalasi Pengadaan Barang dan Jasa dan IPSRS untuk percepatan renovasi ruang rawat inap VVIP.
2. Pemasangan iklan/promosi ruang Super VIP pada website dan sosial media rumah sakit.

53) Persentase nilai EBITDA Margin

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 60. Capaian persentase nilai EBITDA Margin

Realisasi persentase realisasi bersumber rupiah murni	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024	Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	15%	-5.17%	15%	
Capaian	NA		NA		NA		-34%		-34%	-34%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Dirjen Yankes. EBITDA disebut juga surplus atau defisit sebelum bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi. Sumber data berasal dari laporan monitoring kinerja keuangan dan operasional rumah sakit vertikal.

Formula perhitungan :

$$\begin{aligned}
 \text{EBITDA margin} &= (\text{EBITDA} : \text{pendapatan}) \times 100\% \\
 &= (-28.615.191.472 : 762.124.320.570) \times 100\% \\
 &= -5.17\%
 \end{aligned}$$

Capaian persentase nilai EBITDA Margin pada tahun 2023 sebesar -5.17%, capaian belum mencapai target satu tahun yaitu 15%

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
Penghitungan EBITDA MARGIN	Kegiatan penghitungan EBITDA Margin telah rutin dilaksanakan setiap bulan	Capaian Ebitda Margin pada belum memenuhi target 1 tahun. Hasil nilai EBITDA Margin

Rencana Kegiatan Tahun 2023	Realisasi Kegiatan Tahun 2023	Analisa Kegagalan capaian kinerja
		mencerminkan berapa banyak laba Rumah Sakit dalam satu tahun.

Kendala:

Adanya piutang macet diantaranya yaitu dispute klaim BPJS karena klaim yang diajukan tidak sesuai persyaratan BPJS.

Langkah strategis perbaikan:

Evaluasi coding untuk optimalisasi klaim

Rekomendasi:

Menjalin kerja sama dengan perusahaan asuransi untuk meningkatkan kunjungan pasien dan meningkatkan pendapatan non pelayanan seperti penyewaan lahan untuk usaha.

2. Efisiensi

Efisiensi Sumber Daya

Tabel 61. Efisiensi sumber daya pada indikator kinerja utama

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA	KEGIATAN	INSTALASI	EFISIENSI PENGGUNAAN SUMBER DAYA		EFISIENSI	ANALISA
						SEBELUM	SESUDAH		
Mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi Smart Hospital Pusat Repirasi, berbasis sistem digital dilengkapi dengan sarana dan prasarana terkini dan SDM yang berdaya saing Internasional	Terwujudnya sistem pelayanan berbasis teknologi informasi	1	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)** (KPI no9)	EMR (DIGITAL)	INSTALASIMIK	Realisasi pengembangan EMR Tahun 2022: 95.31%	Realisasi pengembangan EMR tahun 2023: 100%	Penurunan biaya cetakan rekam medik tahun 2022 ke tahun 2023 sebesar 36%	Proses pengembangan Perubahan Formulir RM Menjadi ERM yang sudah diimplementasikan sejak tahun 2020 sampai 2022 mengalami peningkatan, sejak triwulan II pengembangan ERM telah tercapai 100%
				Usulan Belanja Cetak Formulir Rekam Medis		Realisasi anggaran biaya cetak medik tahun 2022: Rp257.388.753	Anggaran cetak medik 2023 Rp 177.933.000. Realisasi anggaran biaya cetak medik 2023 : Rp 165.872.850		
				Pendistribusian dokumen rekam medik ke rawat inap, rawat jalan dan penunjang		-Membutuhkan petugas prakarya untuk distribusi dokumen rekam medik -Satu pasien membutuhkan waktu +20 menit	setelah pengembangan e-rm tidak memerlukan petugas untuk pendistribusian dokumen rekam medik dan tidak ada waktu tunggu untuk distribusi dokumen rekam medik karena sudah terdigitalisasi	Efisiensi 100%	Pengambilan dan pengurusan data rekam medik dari pendaftar yang tadinya manual di lakukan oleh petugas membutuhkan waktu yang cukup lama saat ini tidak perlu di lakukan lagi karena sudah langsung terintegrasi Online dan sudah di lakukan 100%
	Terwujudnya pelayanan berbasis teknologi informasi	2	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit (KPI. 5)	Penambahan dashboard demografi dan dashboard diagnosa terbanyak	Instalasi Rekam Medik	Terdapat kartu indeks penyakit pasien, kartu indeks dokter, membutuhkan ruang penyimpanan kartu indeks	digitalisasi e-coding sehingga tidak memerlukan cetak kartu indeks dan tempat penyimpanan kartu	Anggaran cetak medik menurun dari tahun 2022 realisasi anggaran Rp 257.388.753. Tahun 2023,	Digitalisasi e-coding telah terlaksana dan terdapat efisiensi biaya cetak medis. Cetak medis masih tetap dianggarkan pada tahun 2023 karena untuk back up pengisian

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS	No	INDIKATOR KINERJA UTAMA	KEGIATAN	INSTALASI	EFISIENSI PENGGUNAAN SUMBER DAYA		EFISIENSI	ANALISA
						SEBELUM	SESUDAH		
								anggaran cetak medis sebesar Rp165.872.850	rekam medis saat terjadi down time.
	Terwujudnya sistem pelayanan berbasis teknologi informasi	3	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital (KPI.8)	Melakukan surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut.	Komite PPI, Instalasi Rawat Inap	Survey menggunakan formulir kertas (cetak medik)	pengisian survey menggunakan formulir elektronik sehingga tidak perlu cetak formulir	Anggaran cetak medik menurun dari tahun 2022 realisasi anggaran Rp 257.388.753. Tahun 2023, anggaran cetak medis sebesar Rp165.872.850	Terlaksananya surveilans HAIS secara elektornik sejak tahun 2022, pada tahun 2023 pengembangan system alert surveilans HAIS

B. Realisasi Anggaran

Anggaran RSUP Persahabatan tahun 2023 berjumlah Rp1.179.672.465.000 (Revisi DIPA ke-12) yang terdiri dari APBN (RM) Rp97.043.645.000, PNBPN (BLU) Rp707.059.494.000 dan pinjaman luar negeri (ISDB) Rp472.612.971.000. Realisasi dalam mendukung tercapainya kinerja RSUP Persahabatan adalah sejumlah Rp912.671.778.071 atau 77.37% dan sisa anggaran sebesar Rp267.000.686.929. Alokasi realisasi anggaran berdasarkan perjanjian kinerja sebagai berikut:

Tabel 62. Realisasi anggaran kegiatan

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
1	Persen(%) staf yang berkinerja ekselen	Jam Pelatihan Karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam	Terlaksananya rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam	gaji dan tunjangan pegawai	Rp 89.594.518.000	Rp 87.303.855.468	Rp 2.290.662.532
		Bantuan dana pendidikan IsDB	Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB	belanja remunerasi dan pengembangan SDM	Rp 247.601.577.000	Rp 213.208.634.760	Rp 34.392.942.240
		Pemberian bantuan untuk publikasi karya ilmiah di jurnal internasional	Terlaksananya bantuan publikasi karya ilmiah di jurnal internasional				
		Pelatihan Good Clinical Practice	Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice				
		Survey Implementasi nilai ber Akhlak	Terlaksananya Survey Implementasi ber-Akhlak				
		Reward bagi petugas dan dokter untuk pemeriksaan di luar jam kerja					
2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali sesuai standar	Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam	pemeliharaan fasilitas kantor	Rp 42.640.111.000	Rp 40.167.384.884	Rp 2.472.726.116

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
		Penyusunan sistem manajemen complain sarana prasarana berbasis IT	Tersedianya sistem manajemen complain sarana prasarana berbasis IT (SAMRS)	Suku Cadang Medik (IPS RS)	Rp 564.754.000,00	Rp 518.727.152,00	Rp 46.026.848
		Pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung	Terlaksananya Pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung	Suku Cadang Non Medik (IPS RS)	Rp 700.000.000	Rp 619.297.450	Rp 80.702.550
		Pemenuhan suku cadang dan sparepart yang sering digunakan	Terpenuhinya suku cadang dan sparepart yang sering digunakan	Suku Cadang Non Medik (Umum)	Rp 220.852.000	Rp 102.283.162	Rp 118.568.838
3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	Resosialisasi penggunaan alkes dalam negeri	Terlaksananya penggunaan alkes dalam negeri	Pengadaan alat kesehatan dan mesin	Rp 17.549.836.000	Rp 16.447.509.931	Rp 1.102.326.069
		Updating produk dalam negeri kepada user	Terlaksananya pembelian alkes dalam negeri				
		Penggunaan dan evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam negeri	Evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam negeri				
4	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**	Evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja)	Terlaksananya evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja)	pengujian kalibrasi	Rp 1.873.019.000	Rp 1.633.596.335	Rp 239.422.665
		Perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas	Terlaksananya perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas				
		Pengusulan RAB alkes	Pembuatan RAB				
5	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Pengembangan dashboard layanan, keuangan, piutang, SDM	Tersedianya dashboard layanan, keuangan, piutang, SDM	Suku Cadang Non Medik (SIMRS)	Rp 237.838.000	Rp 236.340.807,00	Rp 1.497.193
		Pengembangan aplikasi Keuangan dan inventory	Tercapainya aplikasi aset dan pengembangan lanjutan aplikasi keuangan	Pemeliharaan Peralatan (SIMRS)	Rp 387.001.000	Rp 17.687.230	Rp 369.313.770
		Self Assesment Tingkat	Terlaksananya self				

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
		Maturitas BLU 2022	assesment tingkat maturitas BLU 2022				
6	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**	pemeriksaan genomic dengan pasien Tuberculosis.	terlaksananya program tersebut	Pengadaan Obat - Obat dan Bahan Medis Habis Pakai	Rp 52.667.000	Rp 52.667.000	Rp -
7	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**	Ditemukan atau pola resistensi (OAT) untuk masyarkat indonesia	didapatkan data yang menggambarkan kesehatan penderit Tuberculosis				
8	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**	Melakukan surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut.	Terlaksananya survialians IDO, VAP, CAUTI dan BSI berdasarkan data yang tercatat dalam EMR	pengadaan alat non medik/sarana prasarana	Rp 48.262.292.000	Rp 8.413.543.944	Rp 39.848.748.056
9	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)**	1. Pengembangan sistem RME lanjutan (nicu, radiotherapi, ICU)	Persentase pengembangan sistem RME Lanjutan tahun 2023				
		2. Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2023	Persentase kelengkapan perangkat untuk menunjang kegiatan RME lanjutan tahun 2023				
		3. Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME	Tercapainya kegiatan pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME				
		1. Rapat koordinasi terkait hasil monev rekam medik elektronik 2. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia	Pengisian rekam medik berjalan optimal				
		Monitoring pengisian integrasi RME unit penunjang	Terlaksananya monitoring integrasi RME unit penunjang				

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
		Evaluasi integrasi RME unit penunjang	Terlaksananya evaluasi integrasi RME unit penunjang				
10	Jumlah PPK yang dievaluasi	Membuat panduan, kebijakan dan SPO	Capaian kegiatan audit medik regular berdasarkan kasus prioritas RS				
		Monitoring dan Evaluasi kegiatan	Capaian Kegiatan audit medik berdasarkan permintaan				
		Pelaksanaan kegiatan audit	Capaian kegiatan audit kepatuhan 1-5 standar pelayanan medis oleh KSM (PPK,CP,SPO,Standing Order, Algoritma)				
11	Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif	Pemilhan layanan unggulan rumah sakit	Capaian layanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif	Penyelenggaraan Konsultan Pengawasan Manajemen Proyek (IsDB)	Rp 7.103.098.000	Rp 2.350.477.785	Rp 4.752.620.215
		penetapan layanan unggulan rumah sakit		Belanja Modal Peralatan dan Mesin (Alat Kesehatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (IsDB))	Rp 11.721.600.000		Rp 11.721.600.000
		monev layanan unggulan RS					
12	Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**	Mengikuti kegiatan MDT di KSM	Penurunan angka kematian	belanja barang persediaan bahan baku untuk proses produksi	Rp 9.052.971.000	Rp 5.681.998.163	Rp 3.370.972.837

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**	1. Sosialisasi Kasus Layanan Prioritas ke seluruh KSM terkait 2. Pengukuran Indikator Klinis oleh masing2 KSM terkait 3. Audit Medis pada kasus layanan prioritas oleh Komite Medik 4. Pelaporan dan rekomendasi hasil audit medis kepada Direktur Utama	Terlaksananya audit medis pada kasus layanan prioritas				
14	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;**	Peran serta terhadap terlaksananya SC cito	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;**				
15	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**	Peran serta terhadap terwujudnya layanan unggulan Internasional	Terwujudnya layanan unggulan bertaraf Internasional	belanja barang persediaan barang konsumsi	Rp 7.678.491.000	Rp 4.199.185.756	Rp 3.479.305.244
16	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**	Meng-aktifkan sistem antrean untuk menghitung waktu tunggu Menambah petugas TTK dan Apoteker Menambah TV display antrean Rencana pindah ke tempat yang baru (lebih sesuai dgn alur pelayanan) dan ruang tunggu yang lebih luas Mengembangkan EWS dalam verifikasi, pengkajian kesesuaian terhadap Fornas.	Respon time Obat racikan dan non racikan sesuai standar (sejak pasien resep diterima oleh petugas farmasi sampai obat diterima oleh pasien)	belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya	Rp 5.704.760.000	Rp 652.598.712	Rp 5.052.161.288

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
		Brdiging system BPJS dengan pelayanan resep rawat jalan					
		Kerjasama dengan pihak ke-3 untuk mengantar obat.					
		Peningkatan pelayanan paperless di setiap loket poliklinik	Respon time pelayanan rawat jalan sesuai standar (sejak cetak SEP s/d pasien ditangani oleh dokter)				
		Membuat sistem pelayanan per sesi jam kunjungan					
		Usulan sistem antrian digital di setiap poilklinik					
		17	Penundaan Waktu Operasi Elektif**				
Peningkatan koordinasi dalam persiapan pelayanan operasi elektif sesuai jadwal operasi yang telah disusun ke unit terkait (KS Pelayanan Medik, KSM, IRIN, Farmasi, ISSB, IPSRS)							
Peningkatan monitoring dan evaluasi alasan penundaan operasi elektif ke unit terkait (KSM, IRIN,IRJ,IRI, Farmasi, ISSB, IPSRS)							

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
18	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**	Usulan pembuatan nama dokter dan jam praktek pada setiap poliklinik	Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sesuai jadwal	belanja barang persediaan barang konsumsi	Rp 6.779.546.000	Rp 6.391.144.135	Rp 388.401.865
		Sistem reward untuk tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu melebihi target					
19	Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**	Peningkatan Monev visite DPJP	Visite pasien rawat inap oleh DPJP ≤jam 14.00 tercapai 100%				
		Membentuk tim monev visite DPJP, yang terdiri dari Kepala ruangan dan Ka Sub Pelayanan, yang mampu membuat laporan sesuai data yang ada diruangan					
20	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**	Pembagian Zonasi Parkir untuk pengunjung dan pegawai	Terlaksananya Zonasi Parkir untuk pengunjung dan karyawan				
		Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi	Terlaksananya Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi				
		Perubahan alur parkir menjadi 1 arah (counter clockwise)	terlaksananya Perubahan alur parkir menjadi 1 arah (counter clockwise)				
		Penambahan kantong parkir di area rumah dinas	Terlaksananya Penambahan kantong parkir di area rumah dinas				
		Perbaikan jalan rumah sakit untuk kenyamanan pasien dan pengunjung	Terlaksananya Perbaikan jalan rumah sakit untuk kenyamanan pasien dan pengunjung				

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
21	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**	Laporan hasil money ke KSM terkait	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**	belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya	Rp 61.722.319.000	Rp 56.011.017.267	Rp 5.711.301.733
22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**	Supervisi layanan unggulan VVIP di RS	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**	Renovasi gedung dan bangunan belanja modal fisik lainnya	Rp 63.955.721.000	Rp 15.076.915.784	Rp 48.878.805.216
23	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)	Penguatan pelaksanaan MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani dengan cara berkoordinasi dengan unit terkait	Terlaksananya MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani				
24	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Terlaksananya monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis				
25	jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi	Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi SDM Kesehatan dan Non Kesehatan	1. Peningkatan Jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan 2. Peningkatan Jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal internasional yang terakreditasi	kajian clinical area	Rp 108.000.000		Rp 108.000.000
26	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah Kerjasama multicentre baik nasional maupun internasional					
27	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Kajian Referral System	Rp 28.000.000		Rp 28.000.000
28	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Menyediakan aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online	Tersedianya aplikasi yang mendukung pendidikan online	belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya	Rp 604.800.000		Rp 604.800.000
		Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi	Terlaksananya pelatihan SDM dengan				

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
		terkini	menggunakan teknologi terkini				
		Sarana prasarana pendidikan dengan teknologi terkini	Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan menggunakan teknologi terkini				
29	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**	Supervisi layanan unggulan 9 layanan prioritas minimal strata utama**	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**	belanja jasa	Rp 17.575.674.000	Rp 15.918.186.699	Rp 1.657.487.301
30	Indeks Kepuasan Masyarakat**	Berlangsungnya kegiatan Survei Indeks Kepuasan Masyarakat setiap Bulannya Di RSUP Persahabatan Untuk mendapatkan Nilai Survei Per Bulan, Triwulan, Semester, & Per Tahun	1. Persyaratan				
31	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**	Peningkatan kualitas service ekselen	Peningkatan kepuasan pasien terhadap pelayanan di RSUP Persahabatan				
		Pelatihan SDM dalam mengelola hasil survey kepuasan pasien					
		Pengembangan survey kepuasan pasien dengan sistem digital					
		Pelaksanaan survey kepuasan pasien secara independen					
		Pemenuhan dan perbaikan sarana prasarana fasilitas umum (toilet pasie, ruang utnggu, taman, parkir)					
		Pemenuhan kebutuhan pasien dibidang pelayanan medik					

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
32	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**	1. pengumpulan data INM, pembahasan dan evaluasi 2. Validasi Data 3. Monev	Terkumpulnya laporan capaian INM beserta analisa dan rencana perbaikan	Belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya	Rp 1.533.945.000	Rp 1.146.431.080	Rp 387.513.920
33	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**	pengumpulan laporan IKP, regading dan pembahasan upaya tindak lanjut dengan unit terkait	Tersusunya laporan IKP beserta evaluasi dan rencana tindak lanjut, Tidak terjadinya IKP sentinel dengan kategori never event				
34	Kepatuhan kebersihan tangan**	1. Reminder kebersihan tangan dengan media video dan paging	Terlaksananya tayangan video dan paging kebersihan tangan sesuai jadwal yang ditentukan				
		2. Audit kebersihan tangan 5 momen di semua ruang perawatan	Terlaksananya audit kebersihan tangan pada Dokter, Perawat, peserta didik, penunjang/ pekarya				
		3. Monitoring kelengkapan fasilitas kebersihan tangan	Tersedianya sarana handwash dan handrub di lingkungan RSUP Persahabatan				
35	Kepatuhan penggunaan APD**	1. Melakukan audit ketepatan penggunaan APD di area pelayanan pasien.	Terlaksananya audit penggunaan APD di area pelayanan pasien				
		2. Monitoring ketersediaan APD di RS	Terlaksananya monitoring ketersediaan APD dan kebutuhan APD terpenuhi				
		3. Fit Test masker N95	Terlaksananya fit test masker N95 pada petugas kesehatan di pelayanan airborne disease				

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
36	Kepatuhan Identifikasi Pasien**	Monev kepatuhan identifikasi pasien oleh unit kerja terkait	Tidak adanya IKP terkait kesalahan identifikasi pasien				
37	Pelaporan hasil kritis laboratorium**	1.Membuat konsep pelaporan nilai kritis secara digital dengan berkolaborasi dengan SIMRS. 2. Melakukan pelatihan internal terhadap semua staf analis di laboratorium mengenai nilai kritis	1. Terdapat konsep pelaporan nilai kritis secara digital. 2. Terjadinya pelatihan internal di laboratorium				
38	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional**	Menghitung Jumlah R/ yang sesuai dengan formularium nasional.	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu kepada formularium nasional	Obat & Alkes Habis Pakai	Rp 151.914.832.000	Rp 151.913.960.763	Rp 871.237
39	Kepatuhan alur klinis (clinical pathway)**	1. Pemilihan clinical pathway RS 2. Penyusunan Clinical Pathway 3. Implementasi Clinical Pathway 4. Monev Clinical Pathway 5. Efisiensi Clinical Pathway	Terlaksananya kepatuhan layanan sesuai clinical pathway				
40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**	Monev kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh oleh unit kerja terkait	Tidak adanya IKP terkait pasien jatuh				
41	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Pengajuan Sarana prasarana dan SDM untuk program pengampuan	Terpenuhinya sarana dan prasarana SDM untuk program pengampuan	Pelayanan Paru TB	Rp 669.581.000	Rp 521.226.529	Rp 148.354.471
		Proktorship kepada RS Pengampu	Terlaksananya kegiatan proktorship kepada RS				

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
			Pengampu				
		Terlaksananya pencatatan dan pelaporan RS yang diampu	Terlaksananya pencatatan dan pelaporan yang berkualitas untuk RS yang diampu				
		Penyusunan aplikasi KOMEN untuk layanan pengampuan	Terlaksananya inisiasi aplikasi KOMEN untuk layanan pengampuan				
42	Pengampuan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**	Koordinasi dengan Tim Pengampu	Terlaksananya pengampuan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**				
43	Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**	Koordinasi dengan Tim Pengampu	Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**				
44	<i>Benchmarking/Sister Hospital</i>	Pengusulan program potensial sister hospital dengan beberapa negara di Dunia	Terlaksananya sister hospital dengan 1 negara	Perjalanan dinas	Rp 1.087.956.000	Rp 940.278.356	Rp 147.677.644
		Penguatan sister hospital dengan terwujudnya Ikatan Kerjasama Luar Negeri					
45	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir	Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir	Belanja Modal Gedung dan Bangunan (Pembangunan Gedung Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (IsDB))	Rp 356.744.628.000	Rp 263.019.045.893	Rp 93.725.582.107
46	Persen(%) kenaikan POBO	menghitung Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	Terlaksananya penghitungan Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	administrasi perkantoran	Rp 21.981.078.000	Rp 18.116.427.020	Rp 3.864.650.980
47	Persen(%) kenaikan Revenue	Optimalisasi penyerapan anggaran dengan memaksimalkan system IT terintegrasi	Peningkatan revenue RS				

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
48	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**	1. Pendampingan dan konsultasi dengan Tim BPK . 2. Melakukan Tindak Lanjut LHP BPK, secara berkesinambungan. 3. Update Data dan konsultasi dengan Tim Itjen.	Terlaksananya prosentasi rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**				
49	Persentase realisasi target pendapatan BLU**	1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pendapatan BLU sesuai dengan pencatatan penerimaan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Melaporkan ke KPA maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari pendapatan BLU maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.				
50	Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**	1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.				

No	Indikator Kinerja Utama	Kegiatan	Output Kegiatan	Program Kegiatan pada RKA-KL	Pagu Anggaran pada RKA-KL 2023	Realisasi Anggaran Jan s/d Desember 2023	SISA PAGU ANGGARAN
51	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**	1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Rekonsiliasi dengan KS Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran. 3. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari Dana PNPB BLU maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.				
52	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**	Supervisi pelayanan unggulan VVIP	Peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**	belanja penyediaan barang dan jasa BLU lainnya	Rp 4.021.000.000	Rp 2.011.357.000	Rp 2.009.643.000
53	Persentase nilai EBITDA Margin	Penghitungan EBITDA MARGIN	Terlaksannya penghitungan atas Surplus/Defisit RS terhadap biaya operasional RS				
Total					Rp 1.179.672.465.000	Rp 912.671.779.065	Rp 267.000.685.935
Persentase						77.37%	22.63%

Alokasi dan rincian realisasi menurut sumber dan jenis belanja tertera dalam tabel dibawah ini:

Tabel 63. Sumber dana dan anggaran

KODE MAK (RM)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA	SISA	%
ANGGARAN APBN (RM)		97.043.645.000	94.216.226.132	2.827.418.868	97,09
51	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PNS	89.594.518.000	87.303.855.468	2.290.662.532	97,44
521	OPERASIONAL PERKANTORAN	7.449.127.000	6.912.370.664	536.756.336	92,79
KODE MAK (BLU)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA	SISA	%
ANGGARAN PNBPN (BLU)		707.059.494.000	553.086.028.261	153.973.465.739	78,22
525	BELANJA BARANG	577.291.645.000	513.148.058.602	64.143.586.398	88,89
537	BELANJA MODAL (BLU)	129.767.849.000	39.937.969.659	89.829.879.341	30,78
JUMLAH ANGG.RM DAN BLU		804.103.139.000	647.302.254.393	156.800.884.607	80,50

KODE MAK (PHLN)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA	SISA	%
JUMLAH ANGGARAN PHLN		375.569.326.000	265.369.523.678	110.199.802.322	70,66
532	BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN (IsDB)	11.721.600.000	-	11.721.600.000	-
531	BELANJA MODAL GEDUNG DAN BANGUNAN	363.847.726.000	265.369.523.678	98.478.202.322	72,93
JUMLAH ANGGARAN (RM + BLU + PHLN)		1.179.672.465.000	912.671.778.071	267.000.686.929	77,37

BAB IV

PENUTUP

Dalam menyusun Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan yang berbentuk BLU dan menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU) tidak terlepas dari perencanaan dan kegiatan termasuk penetapan kinerjanya yang telah dituangkan dalam Rencana Kinerja Tahunan dan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) RSUP Persahabatan tahun 2023.

Sebagai gambaran pelaksanaan kegiatan tahun 2023 RSUP Persahabatan yang mendapatkan anggaran dari Rupiah Murni maupun BLU sebesar Rp1.179.672.465.000,- dan telah terserap anggaran sebesar Rp912.671.778.071,- (77.37%) sehingga sisa realisasi anggaran yang tidak terserap sebesar Rp267.000.686.929,- (22.63%). Sedangkan nilai asset tetap sebesar Rp3.808.487.904.134,-. Telah melaksanakan efisiensi biaya terhadap pendapatan rumah sakit dengan target POBO sebesar 78% dan tercapai sebesar **82.95%**.

Dari pengukuran indikator KPI-RS tahun 2023 yang berjumlah 53 indikator, tercapai 44 indikator, dan ada 9 indikator yang belum mencapai target di tahun 2023, antara lain :

1. Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti
2. Terlaksananya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS
3. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
4. Kepatuhan penggunaan APD
5. Kepatuhan identifikasi pasien
6. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh
7. Persentase realisasi target pendapatan BLU
8. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU
9. Persentase nilai EBITDA Margin

Adapun hal-hal yang telah dilaksanakan pada tahun 2023 dan efektif dalam meningkatkan kinerja rumah sakit antara lain :

1. Peningkatan kompetensi SDM melalui pelatihan, bantuan pendidikan formal, pendidikan dan pelatihan fungsional, penyesuaian insentif karyawan.
2. Sosialisasi produk dan penggunaan alat kesehatan dalam negeri
3. Pemenuhan kelengkapan sarana, prasarana, alat kesehatan dan kalibrasi pada aplikasi ASPAK dan SAMRS untuk monitoring dan evaluasi serta perencanaan yang tepat.
4. Koordinasi antara unit kerja/user untuk pengembangan dan monev Dashboard bisnis rumah sakit
5. Kerja sama antara Tim BGSi RSUP Persahabatan, BGSi Pusat dan Instansi terkait untuk penyelenggaraan layanan genomic tuberculosis dan pemeriksaan sampel HWGS
6. Pengembangan sistem surveilans HAIS untuk seluruh ruangan rawat inap di RSUP Persahabatan
7. Review secara berkala terkait pengisian kelengkapan rekam medis elektronik oleh Tim Review Rekam Medis dan Instalasi Rekam Medis
8. Pelaksanaan audit PPK dan clinical pathway oleh Komite Medik
9. Pelaksanaan audit medis kematian untuk menurunkan angka kematian di RSUP Persahabatan
10. Koordinasi Instalasi Bedah Sentral, Operator, dokter Anastesi dan IPSRS untuk pelaksanaan operasi
11. Koordinasi kepala ruangan dan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk pengisian Indikator Klinis layanan prioritas
12. Renovasi gedung Griya Puspa untuk pelayanan eksekutif
13. Renovasi toilet pasien, ruang rawat inap, ruang tunggu pendaftaran rawat jalan dan farmasi rawat jalan
14. Rutin melakukan MDT untuk setiap kasus sulit khususnya kasus respirasi
15. Melaksanakan proctorship dan pelatihan SDM untuk pengampunan TB
16. Melaksanakan survey kepuasan pasien kerja sama dengan CHAMPS FKM UI.
17. Melaksanakan audit implementasi indikator mutu

18. Review unit cost untuk perbaikan tarif layanan
19. Aktif mengadakan kerja sama dibidang penelitian, pendidikan dan pengembangan layanan dengan instansi dalam dan luar negeri
20. Melengkapi rekomendasi hasil pemeriksaan BPK
21. Meningkatkan promosi layanan kesehatan diberbagai kanal media.

Rencana aksi di tahun 2025 antara lain :

Perbaikan Pengalaman Pasien :

- a. Renovasi toilet rawat jalan
- b. Penyediaan Foodcourt modern dan nyaman
- c. Pemeliharaan taman dan ruang tunggu pasien yang nyaman
- d. Perbaikan waktu tunggu rawat jalan dengan peningkatan pendaftaran online dan pendaftaran pasien dengan sistem finger print di seluruh area pelayanan IRJ, serta penggunaan barcode ketika pasien konfirmasi ke farmasi dan mengambil obat di farmasi
- e. Perbaikan waktu tunggu pelayanan IGD dengan monitoring dan evaluasi rutin terkait respon time dan sarana prasarana penunjang di IGD
- f. Mengoptimalkan jaringan internet terutama di area pelayanan

Perbaikan Kualitas Pemberi Layanan :

- a. Sertifikasi pelayanan PRIMA untuk staf pelayanan
- b. Kenaikan jenjang jabatan sesuai peta jabatan
- c. Evaluasi perhitungan pola remunerasi untuk dokter dengan kehadiran dan kualitas layanan
- d. Pemenuhan kebutuhan tenaga untuk pengembangan layanan respirasi ibu dan anak

Peningkatan Mutu Layanan Klinis :

- i. Pengembangan Clinical Pathway berbasis IT
- ii. Pengembangan penelitian yang mendukung layanan klinis

Peningkatan Tata Kelola RS :

1. Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan terintegrasi
2. Peningkatan pendapatan dengan pengembangan layanan non BPJS seperti layanan slimming healthy, layanan home care, layanan inseminasi, serta optimalisasi BOR dan aset rumah sakit.
3. Peningkatan monev berjenjang untuk kepatuhan petugas dalam melakukan input data secara real time (mulai dari PJ sarpras – Koordinator – Kepala Instalasi).
4. Perhitungan unit cost menjadi dasar tarif RS
5. Review kembali kontrak kerjasama dengan vendor untuk memasukkan klausul keberhasilan kinerja vendor dengan indikator mutu kesiapan sparepart atau suku cadang yang dibutuhkan oleh RSUP Persahabatan, hal ini untuk menjaga tidak terjadi kekosongan suku cadang atau sparepart ketika dibutuhkan sehingga tidak menghambat pelayanan.
6. Meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran dan meningkatkan optimalisasi penggunaan anggaran sesuai skala prioritas untuk mendukung pengembangan pelayanan.
7. Meningkatkan upaya-upaya untuk pencegahan dispute klaim, dengan memaksimalkan fungsi verifikator, dan pertemuan rutin dengan BPJS untuk membahas kasus-kasus yang terindikasi gagal klaim.
8. Menindaklanjuti rekomendasi dari hasil evaluasi kinerja untuk perbaikan tahun berikutnya
9. Mengoptimalkan website rumah sakit untuk sarana promosi layanan (informasi yang disampaikan pada website agar terupdate setiap saat)

Demikian kami harapkan LAKIP Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan dapat digunakan sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban Rumah Sakit terhadap Pemerintah, dalam hal ini Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Realisasi Anggaran Tahun 2023

KODE MAK (RM)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA RM	SISA	%
ANGGARAN APBN (RM)					
	GAJI DAN TUNJANGAN	89.594.518.000	87.303.855.468	2.290.662.532	97,44
511	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PNS	80.001.602.000	78.845.689.628	1.155.912.372	98,56
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	54.160.444.000	53.604.497.800	555.946.200	98,97
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	1.767.000	754.000	1.013.000	42,67
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	4.003.813.000	3.917.430.820	86.382.180	97,84
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	1.063.244.000	1.031.461.224	31.782.776	97,01
511123	Belanja Tunj. Struktural PNS	89.315.000	89.315.000	-	100,00
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	7.823.390.000	7.668.028.000	155.362.000	98,01
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	389.507.000	369.173.364	20.333.636	94,78
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	2.950.536.000	2.889.630.420	60.905.580	97,94
511129	Belanja Uang Makan PNS	8.994.791.000	8.770.704.000	224.087.000	97,51
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	524.795.000	504.695.000	20.100.000	96,17
	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PPPK	9.592.916.000	8.458.165.840	1.134.750.160	88,17
511611	Belanja Gaji Pokok PPPK	6.430.910.000	5.862.905.900	568.004.100	91,17
511619	Belanja Pembulatan Gaji PPPK	83.000	77.070	5.930	92,86
511621	Belanja Tunj. Suami/Istri PPPK	461.006.000	340.529.040	120.476.960	73,87
511622	Belanja Tunj. Anak PPPK	152.404.000	96.256.130	56.147.870	63,16
511624	Belanja Tunj. Fungsional PPPK	593.962.000	572.141.200	21.820.800	96,33
511625	Belanja Tunj. Beras PPPK	438.001.000	373.966.500	64.034.500	85,38
511628	Belanja Uang Makan PPPK	1.516.550.000	1.212.290.000	304.260.000	79,94
521	OPERASIONAL PERKANTORAN	7.449.127.000	6.912.370.664	536.756.336	92,79
521811	BELANJA BARANG PERSEDIAAN BARANG KONSUMSI	6.779.546.000	6.391.144.135	388.401.865	94,27
	- Perlengkapan Komputer	1.286.653.000	1.286.642.632	10.368	100,00
	- Gas Elpiji	284.955.000	251.295.770	33.659.230	88,19
	- Solar	2.817.454.000	2.476.931.720	340.522.280	87,91
	- Belanja Barang Persediaan Lainnya	2.390.484.000	2.376.274.013	14.209.987	99,41
054	PELAYANAN PARUTB (PN)	669.581.000	521.226.529	148.354.471	77,84
521211	Belanja Bahan Pengampuan Paru/TB	32.143.000	-	32.143.000	-
521213	Belanja Honor Output Kegiatan/Honor Panitia	2.800.000	2.800.000	-	100,00
522151	Belanja Jasa Profesi	13.400.000	13.400.000	-	100,00
524111	Belanja Perjalanan Dinas Biasa	318.738.000	208.476.529	110.261.471	65,41
524114	Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting Dalam Kota	302.500.000	296.550.000	5.950.000	98,03
JUMLAH ANGGARAN RM		97.043.645.000	94.216.226.132	2.827.418.868	97,09

KODE MAK (BLU)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA BLU	SISA	%
525	BELANJA REMUNERASI & PENGEMBANGAN SDM	247.601.577.000	213.208.634.760	34.392.942.240	86,11
525111	BELANJA PEKAWAI DAN REMUNERASI	247.601.577.000	213.208.634.760	34.392.942.240	86,11
525	BELANJA OPERASIONAL DAN PEMELIHARAAN RS (BLU)	329.690.068.000	299.939.423.842	29.750.644.158	90,98
	OPERASIONAL PERKANTORAN	131.098.994.000	104.677.480.052	26.421.513.948	79,85
525112	ADMINISTRASI PERKANTORAN	21.981.078.000	18.116.427.020	3.864.650.980	82,42
525113	BELANJA JASA	17.575.674.000	15.918.186.699	1.657.487.301	90,57
	BELANJA PEMELIHARAAN RS	46.623.575.000	43.295.317.020	3.328.257.980	92,86
525114	PENGUJIAN KALIBRASI	1.873.019.000	1.633.596.335	239.422.665	87,22
525114	PEMELIHARAAN FASILITAS KANTOR	42.640.111.000	40.167.384.884	2.472.726.116	94,20
525123	SUKU CADANG MEDIK & NON MEDIK / Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan - BLU	2.110.445.000	1.494.335.801	616.109.199	70,81
525115	PERJALANAN DINAS	1.087.956.000	940.278.356	147.677.644	86,43
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA	61.722.319.000	56.011.017.267	5.711.301.733	90,75
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / PELAKSANAAN KAJIAN PENGEMBANGAN DALAM MENINGKATKAN SISTEM RUJUKAN / Kajian Referral System	28.000.000	-	28.000.000	-
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / PELAKSANAAN KEBIJAKAN PENGEMBANGAN DI BIDANG KLINIS / Kajian Clinical Area	108.000.000	-	108.000.000	-
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / (Sertifikasi dan Akreditasi Program)	604.800.000	-	604.800.000	-
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / Akreditasi Rumah Sakit	1.533.945.000	1.146.431.080	387.513.920	74,74
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / (Penyelenggaraan Pelatihan Keterampilan dan Kompetensi Lainnya (IsDB))	5.704.760.000	652.598.712	5.052.161.288	11,44
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / (Pelaksanaan Pendidikan Formal Tenaga RS (IsDB))	4.021.000.000	2.011.357.000	2.009.643.000	50,02
525121	BELANJA BARANG PERSEDIAAN BARANG KONSUMSI	7.678.491.000	4.199.185.756	3.479.305.244	54,69
525126	BELANJA BARANG PERSEDIAAN BAHAN BAKU UNTUK PROSES PRODUKSI	9.052.971.000	5.681.998.163	3.370.972.837	62,76
525129	OBAT & ALKES HABIS PAKAI	151.914.832.000	151.913.960.763	871.237	100,00
525153	BELANJA BARANG PERSEDIAAN BLU - PENANGANAN PANDEMI COVID-19 / OBAT - OBATAN	52.667.000	52.666.007	993	100,00
537	BELANJA MODAL (BLU)	129.767.849.000	39.937.969.659	89.829.879.341	30,78
537112	BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN (MEDIK & NON MEDIK)	65.812.128.000	24.861.053.875	40.951.074.125	37,78
537112	1. PENGADAAN ALAT KESEHATAN DAN MESIN (MEDIK)	17.549.836.000	16.447.509.931	1.102.326.069	93,72
537112	2. PENGADAAN ALAT NON MEDIK/SARANA DAN PRASARANA	48.262.292.000	8.413.543.944	39.848.748.056	17,43
537113	RENOVASI GEDUNG DAN BANGUNAN/BELANJA MODAL FISIK LAINNYA	63.955.721.000	15.076.915.784	48.878.805.216	23,57
	JUMLAH ANGGARAN BLU	707.059.494.000	553.086.028.261	153.973.465.739	78,22

KODE MAK (PLN)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA PLN	SISA	%
532111	Belanja Modal Peralatan dan Mesin (IsDB)	11.721.600.000	-	11.721.600.000	-
	Belanja Modal Peralatan dan Mesin (Alat Kesehatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (IsDB))	11.721.600.000	-	11.721.600.000	-
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan (IsDB)	356.744.628.000	263.019.045.893	93.725.582.107	73,73
	Belanja Modal Gedung dan Bangunan (Pembangunan Gedung Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (IsDB))	356.744.628.000	263.019.045.893	93.725.582.107	73,73
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan (IsDB)	7.103.098.000	2.350.477.785	4.752.620.215	33,09
	Penyelenggaraan Konsultan Pengawasan Manajemen Proyek (IsDB)	7.103.098.000	2.350.477.785	4.752.620.215	33,09
JUMLAH ANGGARAN PLN		375.569.326.000	265.369.523.678	110.199.802.322	70,66