KEMENTERIAN KESEHATAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PERSAHABATAN

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH PERIODE SEMESTER I TAHUN 2024

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

PERIODE SEMESTER I

TAHUN 2024

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

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 sebagai RS Tipe II 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 2024, yang tertuang pada Rencana Bisnis Anggaran (RBA) serta DIPA Nomor: SP DIPA-024.04.2.415448/2024 tanggal 24 November 2023 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 untuk evaluasi kinerja selama semester I tahun 2024, mengacu kepada Tugas Pokok dan Fungsi Organisasi dan Tata Kerja yang dijabarkan pada DIPA tahun 2024 dan RBA (Rencana Bisnis Anggaran) yang merupakan pelaksanaan dari program-program yang ditetapkan dalam Perjanjian Kinerja yang di rangkum menjadi LAKIP RSUP Persahabatan Semester I tahun 2024.

Demikian LAKIP ini kami susun sebagai informasi kinerja RSUP Persahabatan selama satu semester 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 semester I tahun 2024.

Jakarta, 30 Agustus 2024
Direktur Utama,

Prof. Dr. dr. Agus Dwi Susanto,Sp.P(K), FISR, 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 Sumber Daya Manusia yang berdaya saing Internasional maka RSUP Persahabatan menetapkan 14 sasaran strategis untuk mewujudkan tujuan organisasi tersebut yaitu Terwujudnya Budaya Organisasi yang dinamis dengan Sumber Daya Manusia yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik, Terwujudnya sarana prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas, Terwujudnya sistem informasi teknologi dan teknologi kesehatan yang andal, Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik, Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul, Terwujudnya pelayanan *center of excellence* secara optimal, Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang *excellent*, 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 2024 terdiri dari 14 sasaran strategis dan 41 Indikator Kinerja Utama **(25 Indikator Direktif dan 16 Indikator RS)**, untuk mencapai target Indikator Kinerja Utama tahun 2024 maka disusun Program Kerja Strategis dan rencana kegiatan serta anggaran tercantum pada Rencana Kinerja Tahun 2024 (RKT).

Indikator kinerja Utama / KPI yang tertuang dalam Pejanjian Kinerja TA 2024 berjumlah 41 Indikator Kinerja Utama, pada semester 1 2024 yang telah dilaksanakan pengukuran kinerja berjumlah 40 indikator, 1 indikator belum dilaksanakan pengukuran kinerja yaitu survey keselamatan budaya karena survey dilaksanakan pada triwulan IV tahun 2024. Dari 40 indikator yang telah dilakukan pengukuran terdapat 28 indikator yang telah memenuhi target tahunan. Penggunaan pagu anggaran tahun 2024 sumber dana dari rupiah murni, pendapatan BLU dan Hutang luar negeri, selama semester I telah terserap sebesar 35,97% yaitu Rp357.488.341.297 dari total pagu Rp993.951.665.000.

Upaya yang telah dilakukan oleh RSUP Persahabatan selama periode semester satu tahun 2024 untuk mencapai target kinerja antara lain :

1. Perspektif *Learning & Growth*:
    a. Penetapan kebijakan *reward & punishment* berdasarkan perhitungan pemenuhan jam kerja efektif dan capaian kinerja pegawai setiap bulannya
    b. Pelatihan *leadership* untuk seluruh asisten manager
    c. Pemenuhan kompetensi pegawai untuk layanan eksekutif
    d. Peningkatan kompetensi pegawai dengan pelatihan sesuai tugas pokok dan fungsi pegawai di setiap unit kerja
    e. Pemenuhan Sumber Daya Manusia, sarana, prasarana untuk pembukaan gedung layanan respirasi ibu dan anak
    f. Pelaksanaan kalibrasi oleh pihak ke-3 selain dari BPFK (Balai Pengaman Fasilitas Kesehatan)
2. Perspektif Proses Bisnis Internal:
    a. Penjajakan ke beberapa Instansi luar negeri untuk kerja sama internasional bidang pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian, sebagai berikut Kedutaan Besar Belanda, *Sweden*-Indonesia *Sustainability Partnership* (SISP) *Healthcare program* 2024, China *ASEAN Countries Hospital Cooperation Alliance*, St. Jude Global Alliance Asia Pacific.
    b. Penandatangan Kerja sama internasional bidang pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian ke instansi luar negeri sebagai berikut *National Cancer Center* dan *Daegu Medical Center*.
    c. Penandatanganan *Memorandum of Understanding* (MoU) dan pelaksanaan kegiatan program pengampuan TB ke RS diseluruh Indonesia sesuai target pengampuan dari Kementerian Kesehatan.
    d. Pelaksanaan program pendidikan jarak jauh menggunakan teknologi *i-echo* untuk

meningkatkan akses dan kualitas penatalaksanaan layanan kesehatan diseluruh Indonesia

e. Pengembangan Rekam Medik Elektronik yang terintegrasi diseluruh layanan
f. Pengembangan dashboard *Clinical Pathway* yang terintegrasi dengan rekam medik elektronik
g. Kerja sama antar instansi dalam negeri untuk pengumpulan sampel HWGS (*Human whole genome sequencing*) dalam rangka pengembangan layanan Hub TB
h. Kerja sama penelitian dengan instansi dalam negeri dan luar negeri untuk pengembangan layanan kesehatan

3. Perspektif *Stakeholder*:
   a. Perbaikan fasilitas parkir, toilet pasien, waktu tunggu rawat jalan dan taman untuk kenyamanan pengunjung
   b. Menindaklanjuti hasil komplain dari pasien/pengunjung yang disampaikan secara lisan dan tulisan di media offline dan online
   c. Internalisasi standar mutu pelayanan sesuai standar akreditasi KARS dan JCI kepada seluruh pegawai secara periodik
4. Perspektif Keuangan:
   a. Review tarif berdasarkan unit cost diseluruh layanan untuk penetapan tarif baru
   b. Menindaklanjuti hasil rekomendasi BPK hingga tuntas
   c. Evaluasi sistem digitalisasi keuangan untuk integrasi pendapatan dengan layanan

Adapun kendala yang dihadapi selama semester I tahun 2024 antara lain :

1. Belum terlaksananya kalibrasi alkes mandiri pada semester I, saat ini kalibrasi masih bergantung pada vendor sehingga menunggu waktu antrian untuk kalibrasi menyebabkan kalibrasi alkes tidak tepat waktu
2. Belum adanya tarif layanan *genomics* karena pelayanan *genomics* pada semester I tersedia TB *sequencing* namun masih dimanfaatkan untuk penelitian dan tidak berbayar karena sedang tahap uji klinis
3. Keterbatasan tenaga teknisi yang mengerjakan sampel HWGS sehingga proses pengumpulan sampel membutuhkan waktu yang lama

4. Kurangnya kepatuhan petugas medis dalam mengisi form ERM (SOAP) dan masih adanya jadwal praktek dokter yang bentrok antara poli rawat jalan – jadwal operasi – visit sehingga berpengaruh terhadap waktu tunggu pasien rawat jalan menjadi lebih panjang
5. Review PPK dilaksanakan setiap akhir tahun oleh karena kesibukan KSM
6. Pasien rawat inap yang dirujuk ke RSUP Persahabatan rata-rata memiliki severity level tinggi dengan angka harapan hidup rendah sehingga menyebabkan mortalitas RS tinggi
7. Pendapatan RS belum mencapai target sehingga belanja BLU menyesuaikan pendapatan yang diterima
8. Belanja pegawai dan belanja farmasi cukup tinggi

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

1. Melakukan mitigasi risiko pada setiap unit kerja dan dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala
2. Melakukan monitoring dan evaluasi kinerja dan 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 tenaga kesehatan dan kerja sama penelitian dan pengembangan layananan kesehatan dengan Instansi dalam dan luar negeri.

Penyusunan LAKIP semester I tahun 2024 ini merupakan evaluasi atas kinerja RSUP Persahabatan selama semester I untuk perbaikan kinerja periode semester II serta dalam rangka mencapai tujuan Rencana Strategi Bisnis 5 (lima) tahunan.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **i**
IKHTISAR EKSEKUTIF ..... **ii**
DAFTAR ISI ..... **vi**
DAFTAR TABEL ..... **vii**
DAFTAR GAMBAR ..... **ix**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **ix**
BAB I **1**
PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Maksud Dan Tujuan 2
C. Tugas Pokok Dan Fungsi 2
D. Sumber Daya 22
1. Sumber Daya Manusia 22
2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana 22
E. Aspek Strategis dan Isu Strategis 24
F. Sistematika Penulisan 25
BAB II **27**
PERENCANAAN KINERJA **27**
A. Rencana Kerja Tahun 2024 30
B. Perjanjian Kinerja 40
BAB III **42**
AKUNTABILITAS KINERJA **42**
A. Capaian Kinerja Organisasi 42
1. Analisa Capaian Kinerja 47
2. Efisiensi 108
B. Realisasi Anggaran 109
BAB IV **126**
PENUTUP **126**

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Persahabatan 22
Tabel 2. Jumlah alat kesehatan pada aplikasi SAMRS 23
Tabel 3. Persentase kelengkapan alat medik pada aplikasi ASPAK 23
Tabel 4. Aset tetap 23
Tabel 5. Sasaran strategis dan *Key Performance Indicator* (KPI) 28
Tabel 6. Rencana Kinerja Tahun 2024 31
Tabel 7. Perbandingan antara target dan realisasi kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023 dan Semester I 2024 43
Tabel 8. Capaian Persentase Staf yang Berkinerja *Excellent* 47
Tabel 9. Capaian persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti 48
Tabel 10. Persentase pembelian alat kesehatan dalam negeri 50
Tabel 11. Capaian persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar 52
Tabel 12. Capaian persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar 53
Tabel 13. Capaian dashboard pengembangan bisnis rumah sakit 55
Tabel 14. Capaian jumlah layanan berbasis genomik di hubs RS 57
Tabel 15. Capaian jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS 58
Tabel 16. Capaian persentase RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang (Lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal 60
Tabel 17. Capaian jumlah PPK yang dievaluasi 61
Tabel 18. Capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif 63
Tabel 19. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal 65
Tabel 20. Capaian jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit 66
Tabel 21. Capaian persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit 68
Tabel 22. Capaian RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional 69
Tabel 23. Capaian perbaikan pengalaman pasien 71
Tabel 24. Capaian peningkatan kualitas pemberi layanan 72
Tabel 25. Capaian persentase peningkatan mutu layanan klinis 74
Tabel 26. Capaian persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (*Multi Disciplinary Team*) 75

Tabel 27. Capaian evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis 77
Tabel 28. Capaian Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung 9 Layanan Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan 79
Tabel 29. Capaian jumlah penelitian dibidang respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun 81
Tabel 30. Capaian jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten 82
Tabel 31. Capaian jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini 84
Tabel 32. Capaian tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan 85
Tabel 33 Capaian persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN 87
Tabel 34. Capaian persentase indikator nasional mutu (INM) yang mencapai target 88
Tabel 35. Capaian hasil survey budaya keselamatan 90
Tabel 36. Capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu 91
Tabel 37. Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama 92
Tabel 38. Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna 93
Tabel 39. Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya 95
Tabel 40. Capaian *benchmarking / sister hospital* 96
Tabel 41. Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara 97
Tabel 42. Capaian persentase capaian tata kelola RS vertikal BLU yang baik 98
Tabel 43. Capaian persentase kenaikan revenue 100
Tabel 44. Capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan 101
Tabel 45. Capaian persentase realisasi target pendapatan BLU 103
Tabel 46. Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni 104
Tabel 47. Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU 105
Tabel 48. Capaian persentase nilai EBITDA Margin 107
Tabel 49 Efisiensi Sumber Daya 108
Tabel 50 Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2024 110

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Struktur Organisasi RSUP Persahabatan 21
Gambar 2 Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan Tahun 2024 40
Gambar 3 Penginputan Alkes dan Sarpras pada aplikasi ASPAK 53
Gambar 4 Dashboard Pengembangan Bisnis Rumah Sakit 56
Gambar 5 Pengumpulan sampel layanan genomik 58
Gambar 6 Proses pengiriman sampel WGS 59
Gambar 7 Layanan Unggulan Tahun 2024 64
Gambar 8 Kerja sama layanan transplantasi paru 70
Gambar 9 Perbaikan dan pemeliharaan fasilitas RS 71
Gambar 10 Counter *Customer Service* 74
Gambar 11 Edukasi penyakit TB melalui media online 78
Gambar 12 Daftar Publikasi penelitian klinik penyakit prioritas tahun 2024 80

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Realisasi Anggaran Tahun 2024 130
Lampiran 2 Daftar Singkatan 132

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/I/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 Pendayaan 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 tentangPetunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
5. Peraturan Menteri Pendayaan 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 Jeneral 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 periode semester I tahun 2024 adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas yang telah dilaksanakan selama kurun waktu satu semester 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. Direktur 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 Pemeriksaan Internal (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 perumahsakitan 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 spesialistik, subspesialistik dan penunjang . Pelayanan medik 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 Reimerging)
    7) Ruang Dekontaminasi
    8) Pelayanan Kamar Operasi IGD
    9) Pelayanan ICU IGD
    10) Pelayanan Ambulance

11) Pelayanan Penunjang (Radiologi, Labolatorium, 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 Ultrasonografi (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) Polikinik 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 Akupuntur
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 Dewasa 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 :

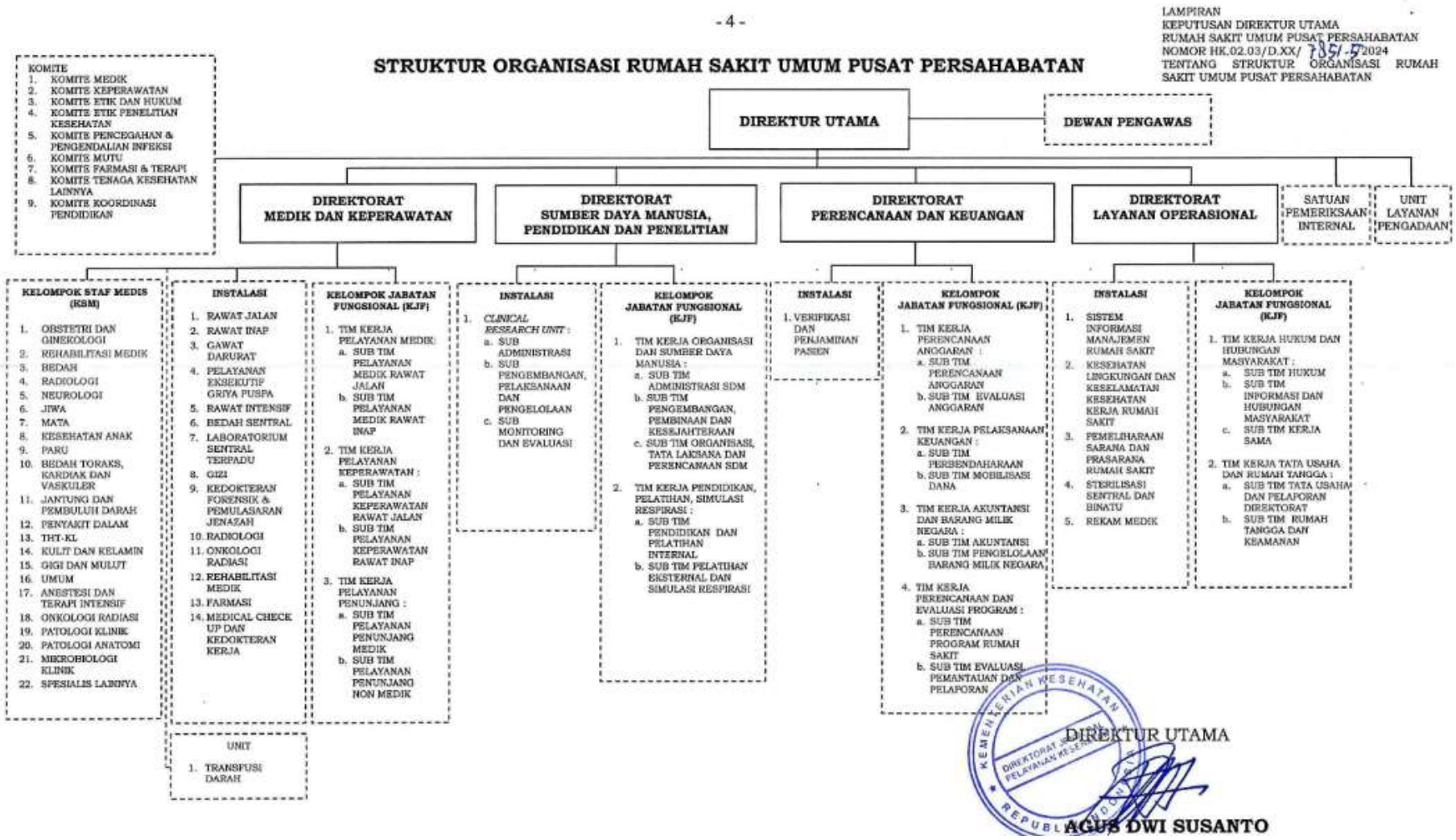
- Layanan *Laser rehabilitative* (*low energy level laser therapy, high laser therapy*)
- *Radial Shock Wave Therapy* (RSWT)
- Layanan Rehabilitasi Tumbuh Kembang Pediatri
- Layanan Rehabilitasi Geriatri
- Layanan Rehabilitasi Paliatif
- Layanan Rehabilitasi Tuna Laring

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 Tranthoracic Needle Aspiration* (TTNA), *Core Biopsy*
   e) *Pleuroscopy* Medik
   f) Bodypletismography
   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) Tim Kerja Pendidikan, Pelatihan 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 RSUP Persahabatan

D. Sumber Daya

Pencapaian kinerja RSUP Persahabatan semester I tahun 2024 tidak terlepas dari tersedianya sumber daya yang ada baik itu sumber daya manusia, sarana dan prasarana.

1. Sumber Daya Manusia

RSUP Persahabatan memiliki sumber daya manusia berjumlah 2097 (per 1 Juli 2024), terdiri dari tenaga dokter, keperawatan dan kebidanan, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga non kesehatan. Komposisi sumber daya manusia berdasarkan jenis tenaga pada tabel dibawah ini :

Tabel 1. Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Persahabatan

NO	JENIS TENAGA	PNS	PPPK	DOKTER TAMU	NON ASN	TOTAL
1	**TENAGA DOKTER**					
	Dokter Sub Spesialis	89	1	1		91
	Dokter Umum	34	20			54
	Dokter Gigi	3				4
	Dokter Spesialis	66	24	12		102
	Dokter Gigi Spesialis	9	1		1	10
	SUBTOTAL :	201	46	13	1	261
2	**TENAGA KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN**					
	Tenaga Keperawatan	455	202		111	768
	Tenaga Kebidanan	24	15		4	43
	SUBTOTAL :	479	217		115	811
3	**TENAGA KESEHATAN LAINNYA**					
	Tenaga Administrator Kesehatan	3	4		0	7
	Tenaga Penata Anestesi	2	1		0	3
	Tenaga Terapis Gigi dan Mulut	4	5		1	10
	Tenaga Kefarmasian	55	49		24	128
	Tenaga Pembimbing Kesehatan Kerja	7	1		0	8
	Tenaga Kesehatan Lingkungan	10	0		0	10
	Tenaga Gizi	17	6		1	24
	Tenaga Keterapian Fisik	14	4			18
	Tenaga Keteknisian Medis	43	22		6	71
	Tenaga Biomedika	62	29		26	117
	SUBTOTAL :	217	121		58	396
4	**NON MEDIS**					
	Non Kesehatan	214	23		392	629
	SUBTOTAL :	233	23		392	629
	JUMLAH	**1111**	**407**	**13**	**566**	**2097**

2. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan terdokumentasi pada aplikasi Sistem Aset Manajemen Rumah Sakit,

Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan dan Perencanaan Kebutuhan Barang Milik Negara. Data alat kesehatan dan aset per 30 Juni 2024 :

Tabel 2. Jumlah alat kesehatan pada aplikasi SAMRS

Keterangan	Jumlah Alat	Persentase (%)
Jumlah alat kesehatan keseluruhan	4611	100
Jumlah alat kesehatan yang berfungsi baik	4608	99.93
Jumlah alat kesehatan yang rusak	3	0.07

Tabel 3. Persentase kelengkapan alat medik pada aplikasi ASPAK

Unit/Instalasi	Persentase (%)
Pelayanan rawat jalan	46.03
Pelayanan gawat darurat	100
Pelayanan ICU	97.50
Pelayanan IBS	86.29
Pelayanan rawat inap	98.46
Pelayanan obstetri dan ginekologi	96.27
Pelayanan NICU	88.24
Pelayanan PICU	100
Pelayanan HCU	87.50
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	(*Begining Balance*) Per 31/06/2023	Penambahan	(*Ending Balance*) Per 31/06/2024
	Harga Perolehan			
1	Tanah	3.446.594.430.000		3.446.594.430.000
2	Peralatan dan Mesin	734.778.712.249	18.389.241.979	753.167.954.228
3	Gedung dan Bangunan	443.039.495.064	42.943.191.856	485.982.686.920
4	Jalan, Irigrasi dan Jaringan	7.183.348.115	-	7.183.348.115
5	Aset Tetap lainnya	39.879.643.168	-	39.879.643.168
6	Konstruksi dalam pengerjaan	18.250.768.822	355.084.328.699	473.335.097.521
7	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(640.580.354.178)	(39.517.439.946)	(680.097.794.124)
Sub Jumlah		**4.149.146.043.240**	**376.899.322.588**	**4.526.045.365.828**

E. Aspek Strategis dan Isu Strategis

Aspek strategis dan isu strategis dirumuskan berdasarkan analisa *Strenght, Weakness, Opportunity, Threat* (SWOT) sebagai berikut:

a. Kekuatan / *Strenght*

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. Sebagian besar Sumber Daya Manusia 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 periode semester I tahun 2024 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 2024

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 Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan, dalam rangka melaksanakan tugas pokok dan fungsinya telah menyusun rencana strategik lima tahunan yang berpedoman pada Renstra 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 danefisien.

3. Tujuan:

   Mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi *Smart Hospital* Pusat Respirasi, berbasis sistem digital dilengkapi dengan sarana dan prasarana terkini dan Sumber Daya Manusia 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 fisiktetapi juga dengan hati. Program transformasi budaya organisasi di RSUP Persahabatan mempercepat proses internalisasi nilai-nilai yang perlu dimiliki olehsetiap 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 RSUP 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 2024 terdapat revisi 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 Kegiatan	No	Indikator Kinerja Kegiatan (KPI) Tahun 2024	Keterangan
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan Sumber Daya Manusia yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja *excellent*	Indikator RSUP Persahabatan
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	Indikator RSUP Persahabatan
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	Indikator RSUP Persahabatan
		4	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar*	Indikator direktif 2024
		5	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar *	Indikator direktif 2024

No	Sasaran Kegiatan	No	Indikator Kinerja Kegiatan (KPI) Tahun 2024	Keterangan
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	6	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Indikator RSUP Persahabatan
		7	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS*	Indikator direktif 2024
		8	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan Hwgs*	Indikator direktif 2024
		9	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal*	Indikator direktif 2024
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	Indikator RSUP Persahabatan
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Jumlah pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif	Indikator RSUP Persahabatan
		12	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal*	Indikator direktif 2024
		13	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit*	Indikator direktif 2024
		14	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit*	Indikator direktif 2024
6	Terwujudnya pelayanan *center of excellence* secara optimal	15	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional*	Indikator direktif 2024
		16	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien*	Indikator direktif 2024
		17	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan*	Indikator direktif 2024
		18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis*	Indikator direktif 2024
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang *excellence*	19	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (*Multi Disciplinary Team*)	Indikator RSUP Persahabatan
		20	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Indikator RSUP Persahabatan
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan*	Indikator direktif 2024
		22	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	Indikator RSUP Persahabatan
		23	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	Indikator RSUP Persahabatan
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	24	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Indikator RSUP Persahabatan
10	Terwujudnya Kepuasan *Stakeholder*	25	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	diukur untuk IKT
		26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN*	Indikator direktif 2024
11	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	27	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target*	Indikator direktif 2024
		28	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan *	Indikator direktif 2024
12	Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	29	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Indikator RSUP Persahabatan
		30	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama**	Indikator direktif 2024
		31	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna**	Indikator direktif 2024
		32	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya**	Indikator direktif 2024
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	33	*Benchmarking/Sister Hospital*	Indikator RSUP Persahabatan

No	Sasaran Kegiatan	No	Indikator Kinerja Kegiatan (KPI) Tahun 2024	Keterangan
		34	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	Indikator RSUP Persahabatan
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	35	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik*	Indikator direktif 2024
		36	Persentase kenaikan *Revenue*	Indikator RSUP Persahabatan
		37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan*	Indikator direktif 2024
		38	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU*	Indikator direktif 2024
		39	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni*	Indikator direktif 2024
		40	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU*	Indikator direktif 2024
		41	Persentase nilai EBITDA Margin*	Indikator direktif 2024

A. Rencana Kerja Tahun 2024

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 2024

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan Sumber Daya Manusia yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja *excellent*	1. Peningkatan Kompetensi melalui Pendidikan dan Pelatihan 2. Pengembangan pegawai melalui *reward* and *punishment* 3. Program Pemerataan petugas Kesehatan	1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥20 jam 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB 3. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 4. Tindak lanjut hasil survey implementasi nilai ber Akhlak 5. Terlaksananya pelatihan *Good Clinical Practice* dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi 6. Terlaksananya pemberian remunerasi baru yang berkeadilan bagi seluruh karyawan 7.Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran 8.Terlaksanaanya Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	1. Terlaksananya Pengembangan kompetensi pegawai sesuai tugas dan fungsi (20 JPL) 2. Penyerapan bantuan dana pendidikan IsDB sesuai target 3. Penyerapan bantuan dana untuk publikasi penelitian di jurnal internasional sesuai target 4. Survey nilai Ber Akhlak 5. Evaluasi hasil survei nilai Ber Akhlak 6. Tindak lanjut hasil survei nilai Ber Akhlak 7. Monitoring dan Evaluasi implemetasi nilai Ber Akhlak 8. Jumlah pelatihan GCP dan Pelatihan penulisan karya ilmiah dalam 1 tahun 9. Evaluasi sistem perhitungan remunerasi bagi tenaga medis 10. Penyusunan kontrak kinerja pegawai 11. Penilaian kinerja pegawai 12. Pembuatan aplikasi remunerasi bagi perawat dan nakes lainnya 13. Perhitungan remunerasi tenaga perawat dan nakes lainnya berbasis aplikasi 14. Terselenggaranya kerjasama pendidikan kedokteran dan atau kesehatan antara RS dengan Institusi Pendidikan			10%			40%			60%			80 %	Rp 81.757.462.000

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
2	Terwujudnya sarana dan prasarana yang berkualitas, efektif, efisien dan ramah lingkungan	2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana	1. Terlakasananya Laporan Capaian KPI renstra 2. Usulan perbaikan peralatan medik 3. Usulan kegiatan kontrak service peralatan non medik 4. Sudah Terlaksananya / Berkontrak dengan penyedia pengadaan suku cadang dan sparepart 5. Mengusulkan persekot pekerjaan pemeliharaan gedung	1. Laporan Capaian KPI renstra bulanan 2.Laporan rekapitulasi kerusakan sarana prasarana medik berbasis aplikasi SAM RS 3.Laporan monitroing dan evaluasi hasil pekerjaan kontrak service pemeliharaan alat non medik 4.Laporan pemakaian suku cadang 5.Laporan pertanggung jawaban persekot pekerjaan pemeliharaan gedung												Rp 79.019.156.000
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	Peningkatan Pembelian Alat Kesehatan Dalam negeri	1. Updating Alkes PDN kepada user melalui kegiatan Presentasi Alkes/ Demo atau Trial Alkes/ Pameran Alkes 2. Resosialisasi Regulasi Penggunaan Produk Dalam Negeri 3. Evaluasi Penggunaan Alkes Dalam Negeri berupa laporan dari Unit Pengguna 4. Feedback kepada Penyedia terkait keluhan terhadap alkes PDN dari user sehingga dapat ditindaklanjuti untuk penyempurnaan produk	1. Pembelian alkes PDN ≥70% 2.Terlaksananya penggunaan alkes PDN 3. Evaluasi penggunaan alkes PDN												
		4	Persentase Pemenuhan SPA RS UPT Vertikal sesuai standar *		Penginputan fasilitas pada aplikasi ASPAK untuk sarana dan prasarana medik maupun non medik	Laporan ASPAK untuk sarana dan prasarana medik maupun non medik													
		5	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalinrasi sesuai standar*	Terlaksananya kalibrasi peralatan medik	Usulan kalibrasi peralatan medik	Laporan kegiatan kalibrasi peralatan non medik													
3	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan dan terintegrasi	6	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Pengembangan dashboard bisnis rumah sakit	1. Pengembangan dashboard layanan, keuangan, piutang, Sumber Daya Manusia 2. Pengembangan aplikasi Keuangan dan inventory 3. *Self Assesment* Tingkat Maturitas BLU 2023	Tersedianya dashboard layanan, keuangan, piutang, Sumber Daya Manusia													Rp 20.432.357.000

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		7	Jumlah Layanan berbasis genomik di hubs RS *	Terwujudnya layanan berbasis Genomic untuk pasien Tuberculosis	Terlaksananya rekrutmen pasien BGSI sampai saat ini sebanyak 500 sampel, terlaksananya penerimaan logistik untuk keperluan kegiatan BGSI, terlaksananya pelatihan Biobank dan supervisi dari tim BGSi pusat	Terlaksana layanan pemeriksaan tNGS dan WGS Tuberkulosis yang tercatat dan dilaporkan secara berkesinambungan													
		8	Jumlah rektrutmen sample pelaksanaan pemeriksaan HWGS**	Terwujudnya rekrutmen sample HWGS	Melakukan rekrutment sampel darah dari orang dan orang sakit Tuberkulosis, melakukan pengiriman sample ke BGSi pusat untuk pemeriksaan HWGS	Terlaksananya pemeriksaan HWGS													
		9	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal*	1. Terlaksananya pengembangan RME Lanjutan (MCU Pegawai, Surat Keterangan Lahir, RME untuk PPDS, G15 Transfusi Darah, Penambahan Komponen RME, Review RME) 2. Terwujudnya pelaksanaan perangkat 3. Terlaksananya implementasi RME Lanjutan 4. Terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi rekam medik elektronik	1. Pengembangan sistem RME lanjutan (MCU Pegawai, Surat Keterangan Lahir, RME untuk PPDS, G15 Transfusi Darah, Penambahan Komponen RME, Review RME) 2. Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2024 3. Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME 4. Rapat koordinasi terkait hasil monitroing dan evaluasi rekam medik elektronik 5. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia	1. Tersedianya RME lanjutan (MCU Pegawai, Surat Keterangan Lahir, RME untuk PPDS, G15 Transfusi Darah, Penambahan Komponen RME, Review RME) 2. Persentase kelengkapan perangkat untuk menunjang kegiatan RME lanjutan tahun 2023 3. Tercapainya kegiatan pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME 4. Pengisian rekam medik berjalan optimal 5. Terlaksananya monitoring integrasi RME unit penunjang 6. Terlaksananya evaluasi integrasi RME unit penunjang													
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	1. Terwujudnya kegiatan Audit 5 standar pelayanan kedokteran dimasing-masing KSM (PPK,CP, SPO, *Standing Order*, Algoritma) 2. Capaian kegiatan pembahasan kasus sulit, kasus terpadu, dan kasus kematian 3. Terlaksananya kendali mutu dan kendali biaya melalui audit medis	1. Review 5 buah PPK per KSM per tahun 2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi PPK bersama tim terkait 3. Terlaksananya kegiatan siang klinis/kasus terpadu/kasus kematian 4. Laporan audit medis	1. Terlaksananya Review PPK 2. Terlaksananya kegiatan siang klinis/kasus terpadu/kasus kematian 3. Terlaksananya Audit Medis													Rp 16.672.084.000

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Persentase pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif	Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif	1. Monitoring kasus-kasus kompleks melalui case manager 2. Melakukan MDT untuk kasus-kasus kompleks dengan mengundang pihak terkait 3. Mencatat hasil capaian NDR 4. Monitroing dan evaluasi hasil capaian NDR 5. Membuat rekomendasi hasil capaian NDR	Terlaksananya MDT kasus kompleks													Rp 237.390.360.000
		12	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal*	Penguatan kegiatan MDT untuk kasus kompleks															
		13	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit*	1. Peningkatan jumlah Audit medis pada 9 kasus layanan prioritas 2.Pelaporan dan rekomendasi hasil audit medis 9 layanan prioritas	1. Koordinasi komite medik dengan KSM terkait untuk penentuan 9 layanan prioritas 2. Laporan Audit medis terkait 9 layanan prioritas.	1. Terlaksananya Koordinasi komite medik dengan KSM terkait untuk penentuan 9 layanan prioritas 2. Terlaksananya Audit Medis													
		14	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit*	Peningkatan peran aktif Tim PONEK	1.Mencatat hasil capaian hasil waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit 2. Monitroing dan evaluasi hasil capaian waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit 3. Membuat rekomendasi hasil capaian	Tercapainya waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit													
6	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	15	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional*	Peningkatan peran aktif dan dukungan semua aspek dalam mewujudkan layanan internasional	1. Melakukan *benchmarking* 2. Penjajakan dengan pihak asing terkait pelayanan unggulan 3.Membuat draft MOU dengan pihak asing terkait pelayanan unggulan 4. Pengesahan MOU	Tersedianya MOU dengan Institusi Kesehatan Luar Negeri													Rp 44.849.815.000
		16	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien*	1. Peremajaan sarpras terkait pelayanan pasien 2. Pemenuhan Fasilitas parkir 3. Terlaksananya pemeliharaan ruang tunggu pasien	1. Merekap sarpras terkait pelayanan pasien 2. Melaporkan sarpras yang sudah usang 3. Penambahan Valet Parkir di Griya Puspa dan Gedung ISDB 4. Usulan renovasi ruang tunggu pasien IGD 24jam	1. Tidak adanya kendala pelayanan di unit pelayanan 2. Terlaksananya Valet Parkir di gedung GP dan ISDB 3. Adanya dokumen Detail Engineering Design renovasi ruang tunggu pasien IGD 24 jam													

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		17	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan*	Pemberian Informasi dan edukasi ke setiap Pasien baru dan pasien lama Inst. Rawat jalan di Lobby Rawat jalan Gd. Prof. Rasmin Rasjid	1. Pendampingan pasien di Lobby Rawat jalan Gd. Prof. Rasmin Rasjid 2. Pemberian informasi secara langsung di lobby rawat jalan Gd. Prof. Rasmin Rasjid 3. Memfasilitasi keluhan secara langsung di Gd. Prof. Rasmin Rasjid	Tercapainya pemberian informasi , pendampingan informasi dan fasilitasi keluhan													
		18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis*	Kejadian Aspirasi pada kasus TB Paru Hemoptisis	Pencegahan kejadian aspirasi pada kasus TB Hemoptisis	Laporan Kejadian dan tindak lanjut pada pasien dengan Aspirasi pada kasus TB Paru Hemoptisis													
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang *excellent*	19	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (*Multi Disciplinary Team*)	Peningkatan kasus sulit respirasi yang ditangani secara MDT (*Multi Disciplinary Team*)	1 Identifikasi kasus respirasi yang dilakukan MDT 2. Monitroing dan evaluasi capaian kasus respirasi yang dilakukan MDT 3. Membuat rekomendasi hasil capaian kasus respirasi yang dilakukan MDT	Tersedianya laporan MDT respirasi													Rp 1.723.430.000
		20	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Evaluasi dengan mikroskopik setiap bulan diperlukan untuk mengetahui konversi BTA. Evaluasi dengan mikroksopik setiap bulan untuk menentukan gagal pengobatan	Evaluasi pengobatan dengan mikroksopik diperlukan untuk mengetahui keberhasilan pengobatan.													
8	Terwujudnya pusat penelitian inovasi dibidang respirasi	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan*	Perbaikan layanan prioritas	1. Pembiayaan publikasi penelitian yang mempunyai afiliasi dg RSP 2. Pembiayaan penelitian dan publikasi yang mendukung layanan Respirasi Ibu dan Anak 3. Pembiayaan usulan HAKI untuk 9 layanan prioritas	Terlaksananya kegiatan penelitian dan publikasi penelitian pada 9 penyakit prioritas yang terdaftar pada HAKI													Rp 26.739.534.000
		22	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional	1. Pembiayaan publikasi ilmiah 2. Pelatihan GCP dan workshop penyusunan HAKI 3. Pembiayaan penelitian program Respirasi Ibu dan Anak dan diusulkan HAKI	Terlaksananya kegiatan penelitian respirasi oleh Staf RSP dan terpublikasi													
		23	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Pembiayaan usulan HAKI penelitian yang terafiliasi dengan RSP	Terlaksananya penelitian dan atau inovasi yang terdaftar HAKI													
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan	24	Jumlah program pendidikan dengan	Terlaksanaanya Program Pendidikan	Terlaksanaanya Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	Jumlah Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini													Rp 108.000.000

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	kedokteran dan kesehatan		dukungan teknologi terkini	dan Pelatihan dengan teknologi terkini															
10	Terwujudnya Kepuasan *Stakeholder*	25	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Kerjasama dengan FKM UI untuk pelaksanaan kegiatan survey oleh Pihak ke-3	1. Terlaksananya kegiatan survey kepuasan pasien oleh pihak eksternal 2. Tindak lanjut hasil rekomendasi perbaikan hasil survey													Rp 170.248.491.000
		26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN*	Peningkatan kerjasama dengan asuransi swasta	1. Menambah jumlah tempat tidur di ruang rawat inap (IsDB) 2. Menambah jumlah tempat tidur ruang rawat inap eksekutif 3. Promosi layanan eksekutif baik rawat jalan maupun rawat inap 4. Evaluasi Perjanjian Kerja Sama asuransi swasta 5. Membuat paket operasi eksekutif	Peningkatan jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap eksekutif													
11	Terwujudnya mutu pelyanan kesehatan	27	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target*	Tercapainya Indikator Mutu di Rumah Sakit sesuai standar	1. Optimalisasi PIC data mutu terhadap seluruh capaian data indikator Nasional Mutu 2. Memastikan semua hasil capaian tervalidasi 3. Ketepatan pelaporan pada aplikasi INM Prima maksimal tanggal 5/bulannya 4. Melakukan monitroing dan evaluasi dan supervisi pada hasil capaian Indikator Nasional Mutu dan tindaklanjut	Terlaksananya upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui data capaian INM													Rp 51.300.567.000
		28	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan *	Pelaksanaan Survey Budaya Keselamatan	a. Penyusunan Instrumen Survei b. Pelaksanaan Survei c. Analisis dan pelaporan	1. Terwujudnya pelaksanaan Survey Budaya Keselamatan guna mengukur mengimplementasikan budaya keselamatan secara kongkret dalam pekerjaannya sehari-hari. 2. Tindak lanjut rekomendasi perbaikan hasil survey													

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
12	Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	29	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Tercapainya target pengampuan RS jejaring pelayanan TB	a. Visitasi dan penandatanganan MoU Kerjasama b. Pelatihan Layanan Respirasi dan TB c. Proktorship layanan Respirasi dan TB d. Monitroing dan evaluasi Kegiatan Respirasi dan TB	Peningkatan jumlah RS Jejaring pelayanan TB													Rp 1.000.000.000
		30	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama**	Terlaksananya Pengampuan RS tingkat Provinsi menjadi stratifikasi Utama	1) Penandatanganan PKS, 2) Pelatihan layanan Respirasi dan TB 3) Pengajuan Alkes dan SDM tingkat Utama	1) Adanya Peningkatan jumlah penandatangana PKS antara RS Persahabatan, RS Pengampu Regional dan RS Utama, 2) Pengajuan Alkes Kesehatan dan SDM tingkat Utama dan 3) Peningkatan jumlah RS mengikut pelatihan layanan Respirasi dan TBC													
		31	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna**	Terlaksananya Pengampuan RS Regional menjadi stratifikasi Paripurna	1) Penandatanganan MoU dan PKS, 2) Pelatihan layanan Respirasi dan TB,3) Pengajuan Alkes dan SDM tingkat Paripurna4) Peningkatan Kegiatan Proctorship maks 45) Pelaksanaan Visitasi dan Monitroing dan evaluasi RS yang diampu	1) Adanya Peningkatan jumlah penandatanganan PKS antara RS Persahabatan, RS Pengampu Regional dan RS Utama, 2) Pengajuan Alkes Kesehatan dan SDM tingkat Paripurna dan3) Peningkatan jumlah RS mengikut pelatihan layanan Respirasi dan TBC4) Peningkatan Kegiatan Proctorship5) Pelaksanaan Monitroing dan evaluasi RS yang diampu tingkat Utama dan Madya													
		32	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya**	Terlaksananya Pengampuan RS binaan menjadi stratifikasi Madya	1) Penandatanganan PKS, 2) Pengajuan Alkes dan SDM tingkat Madya, 3) Peningkatan jumlah RS yang mengikuti Pelatihan	1) Adanya Peningkatan jumlah penandatangana PKS dengan RS Pengampu Regional 2) Pengajuan Alkes Kesehatan dan SDM tingkat Madya dan 3) Peningkatan jumlah RS mengikuti pelatihan layanan Respirasi dan TBC													
13	Terwujudnya rujukan espirasi asia tenggara	33	*Benchmarking/Sister Hospital*	Pelaksanaan program Sister Hospital	1. Membuat usulan banchmarking terkait program sister hospital 2. Membuat laporan hasil banchmarking 3. Membuat MOU terkait program sister hospital	Terlaksananya banchmarking terkait program sister hospital													Rp 514.774.000

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		34	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	Peningkatan capaian layanan unggulan respirasi	1. Menyiapkan SDM dan sarpras layanan unggulan respirasi setara kelas asia tenggara 2. Melaksanakan pelayanan unggulan yang setara asia tenggara 3. Membuat laporan hasil layanan unggulan yang setara asia tenggara	Terlaksananya layanan unggulan yang setara asia tenggara													
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	35	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik*	1. Meningkatkan kinerja keuangan rumah sakit untuk mengungkit rasio kas dan rasio POBO dalam memenuhi target capaian dalam satu tahun anggaran. 2. Target persentase capaian tata kelola RS Vertikal yang baik nilai rata-rata rasio kas 240% - 300% dan 3. POBO > 65%	Terlaksanakannya penghitungan Rasio Kas dengan target capaian 180% s/d 360% dan Rsio POBO > 65%	1. Rasio Kas adalah Perbandingan antara Kas setara kas dengan kewajiban (tingkat kemampuan RS untuk membiayai utang) 2. POBO adalah perbandinga antara pendapatan PNBP dan Biaya Operasional (untuk mengukur tingkat kemandirian rumah sakit)													Rp 262.195.635.000
		36	Persentse kenaikan Revenue	Optimalisasi Penyerapan Anggaran	1. Monitoring dan evaluasi ketepatan waktu dan nilai dari seluruh penerimaan baik layanan maupun non layanan 2. Memastikan semua penerimaan non layanan sudah ditagihkan 3. Memastikan target unit-unit revenue center tercapai sesuai target, contohnya : Griya puspa dan UTD	Terlaksananya kenaikan revenue RS tahun 2024 dengan target 4,94%													
		37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan*	Terlaksananya rekomendasi hasil pemeriksaan BPK dengan tuntas ditindaklanjuti	1. Mengikuti udangan Zoom dengan Tim BPK terkait TLLHP BPK; 2. Pemenuhan berkas / data terkait TLLHP BPK; 3. Rapat Koordinasi dengan unit terkait membahas tanggapan atas temuan ; 4. Membahas dan membuat jawaban tindak lanjut atas laporan hasil pemeriksaan (LHP BPK)	1. Berkurangnya jumlah temuan BPK yang harus ditindaklanjuti; 2. Meningkatnya persentase jumlah temuan yang tuntas ditindaklanjuti.													

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Program Kerja Strategis 2024	Kegiatan	Indikator Kegiatan / Out put	Time Table												Anggaran
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
		38	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU*	Terlaksananya pemantauan realisasi pendapatan secara akurat	1. Optimalisasi penerimaan di Griya Puspa 2. Memastikan semua penerimaan non layanan sudah ditagihkan, contohnya sewa lahan 3. Ketepatan pelaporan pengesahan yang dilakukan minimal 2x per bulan 4. Memastikan semua tagihan piutang telah ditagihkan dan dibayarkan	Terlaksananya Realisasi Pendapatan dengan target tahun 2024 sebesar 95% dari Rp 663.000.000.000,-														
		39	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni*	Terlaksananya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari RM	1. Monitoring belanja pegawai yang telah diusulkan dengan pembayaran 2. Melakukan percepatan proses pelaksanaan pelatihan pengampu TB 3. Melakukan percepatan proses pengajuan SPM pembayaran	Terlaksananya realisasi anggaran belanja bersumber rupiah murni berdasarkan OMSPAN tahun 2024 dengan target 96%														
		40	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU*	Terlaksananya pelaporan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari BLU secara akurat setiap bulannya	1. Monitoring dan evaluasi usulan yang telah disetujui 2. Monitoring dan evaluasi kontrak berdasarkan usulan yang telah disetujui 3. Monitoring dan evaluasi pembayaran dibandingkan dengan kontrak yang sudah ditanda tangani 4. Monitoring dan evaluasi tagihan rutin yang akan dibayarkan setiap bulannya 5. Evaluasi pembayaran dengan memperhatikan cash flow 6. Melakukan percepatan pembayaran berdasarkan berkas yang diterima di Tim Kerja Aggaran 7. Ketepatan pelaporan pengesahan yang dilakukan minimal 2x per bulan	Terlaksananya realisasi anggaran belanja bersumber PNBP BLU berdasarkan OM SPAN tahun 2024 dengan target 90%														
		41	Persentase nilai EBITDA Margin*	Monitoring atas Surplus / Defisit atas pendapatan terhadap biaya	Terlaksanakannya penghitungan EBITDA Margin dengan target capaian 10% s/d 20%	EBITDA Margin adalah perbandingan antara surplus atau defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi dari usaha atau pelayanan rumah sakit vertikal dengan Pendapatan usaha rumah sakit vertikal.														

B. Perjanjian Kinerja

Perjanjian kinerja merupakan suatu dokumen pernyataan kinerja/kesepakatan kinerja antara Direktur Utama RSUP Persahabatan dengan Direktorat Jenderal 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 *reward* dan konsekuensi, sebagai dasar bagi Kementerian Kesehatan untuk melakukan monitoring, evaluasi dan supervisi atas pencapaian 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 semester I tahun 2024 tidak ada perubahan perjanjian kinerja. Secara lebih rinci Indikator Kinerja danTarget yang akan dicapai pada tahun 2024 sebagai berikut :

Gambar 2 Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan Tahun 2024

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DITJEN PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PERSAHABATAN

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024

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

Nama : Prof. Dr.dr. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K)

Jabatan : Direktur Utama RSUP Persahabatan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, S.H., 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.

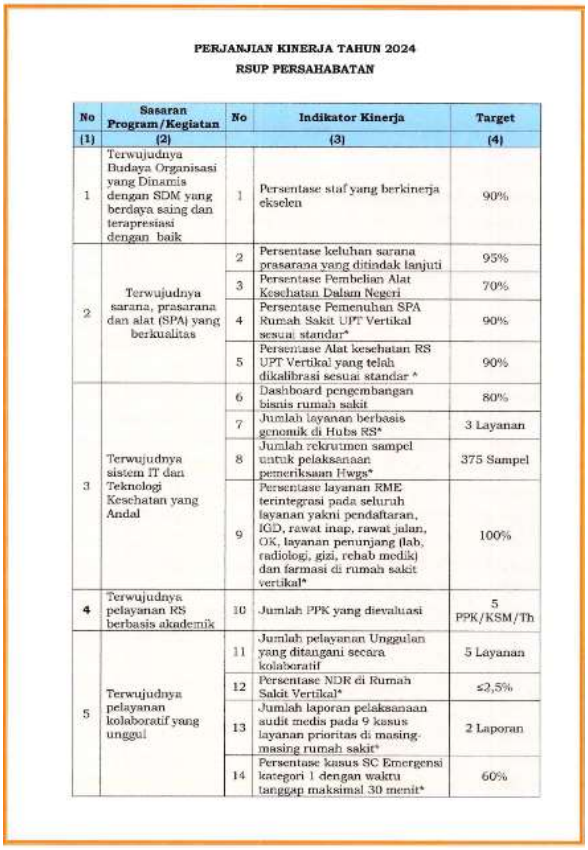
Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya,S. H., SKM ,MARS
NIP 197106262000031002

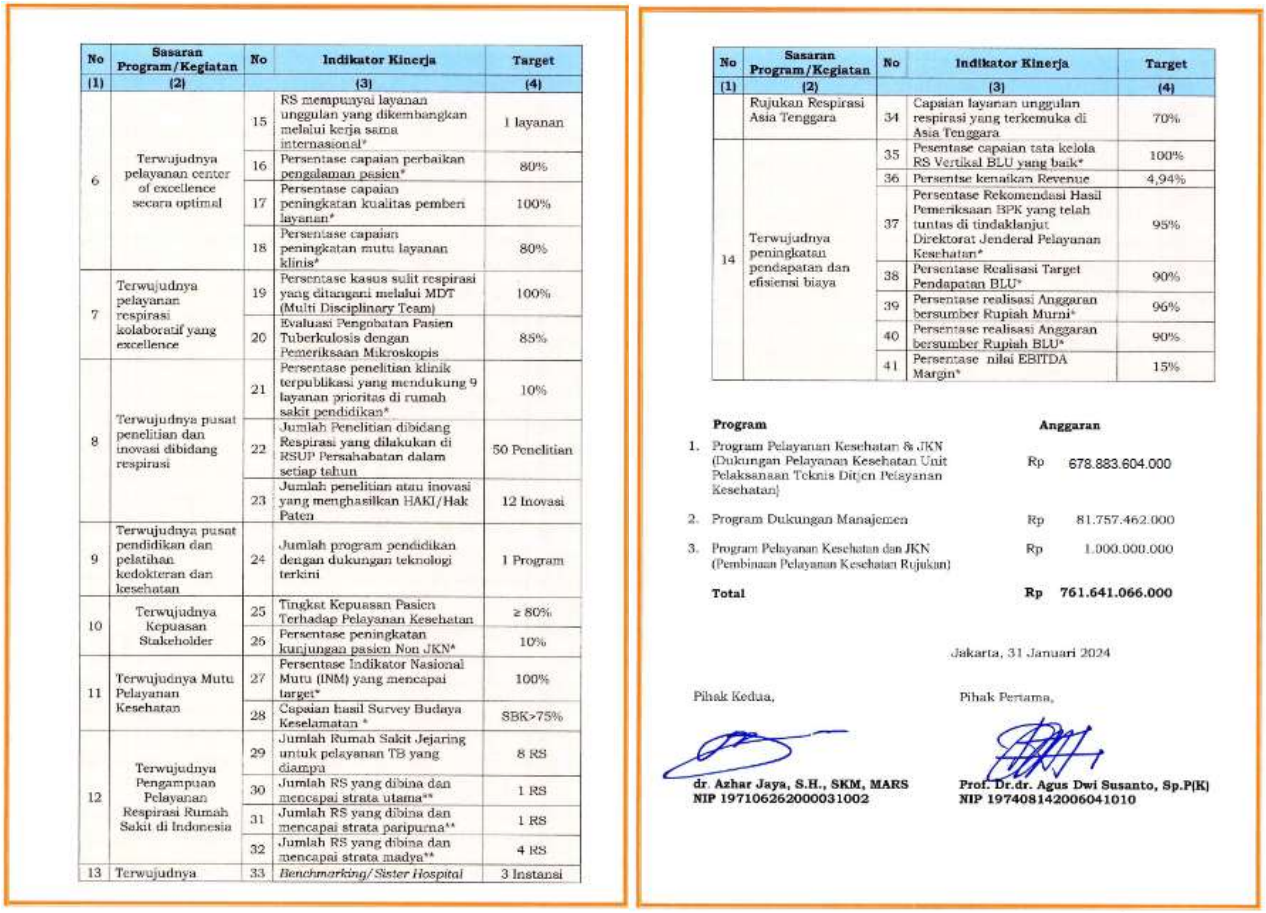
Pihak Pertama

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



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024
RSUP PERSAHABATAN

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)		(3)	(4)
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja ekselen	90%
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	95%
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	70%
		4	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar*	90%
		5	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar *	90%
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	6	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	80%
		7	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS*	3 Layanan
		8	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan Hwgs*	375 Sampel
		9	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal*	100%
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	5 PPK/KSM/Th
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Jumlah pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif	5 Layanan
		12	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal*	≤2,5%
		13	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit*	2 Laporan
		14	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit*	60%



No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)		(3)	(4)
6	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	15	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional*	1 layanan
		16	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien*	80%
		17	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan*	100%
		18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis*	80%
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	19	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)	100%
		20	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	85%
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan*	10%
		22	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	50 Penelitian
		23	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	12 Inovasi
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	24	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	1 Program
10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	25	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80%
		26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN*	10%
11	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	27	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target*	100%
		28	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan *	SBK>75%
12	Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	29	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	8 RS
		30	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama**	1 RS
		31	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna**	1 RS
		32	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya**	4 RS
13	Terwujudnya	33	*Benchmarking/Sister Hospital*	3 Instansi

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)		(3)	(4)
	Rujukan Respirasi Asia Tenggara	34	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	70%
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	35	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik*	100%
		36	Persentse kenaikan Revenue	4,94%
		37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan*	95%
		38	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU*	90%
		39	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni*	96%
		40	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU*	90%
		41	Persentase nilai EBITDA Margin*	15%

Program	Anggaran
1. Program Pelayanan Kesehatan & JKN (Dukungan Pelayanan Kesehatan Unit Pelaksanaan Teknis Ditjen Pelayanan Kesehatan)	Rp 678.883.604.000
2. Program Dukungan Manajemen	Rp 81.757.462.000
3. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN (Pembinaan Pelayanan Kesehatan Rujukan)	Rp 1.000.000.000
Total	**Rp 761.641.066.000**

Jakarta, 31 Januari 2024

Pihak Kedua,

dr. Azhar Jaya, S.H., SKM, MARS
NIP 197106262000031002

Pihak Pertama,

Prof. Dr.dr. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K)
NIP 197408142006041010

Dalam rangka pencapaian kinerja tersebut diatas, jumlah dana menggunakan anggara sebesar Rp993.951.665.000 yang bersumber dari Rupiah Murni sebesar Rp82.757.462.000 dan PNBP BLU sebesar Rp673.803.843.000 dan Pinjaman Luar Negeri (IsDB) sebesar Rp237.390.360.000.

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 2024 dengan Kementerian Kesehatan.

Pengukuran kinerja dilakukan dengan membandingkan:

- Antara target tahun 2024 (target akhir tahun RSB) dan 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 2024, 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, 2023 dan Semester I 2024

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Keterangan	Target Indikator Kinerja Tahun					Realisasi Target Indikator Kinerja Tahun				
					2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	SMT I 2024
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja *excellent*	Indikator RSUP Persahabatan	70%	75%	80%	85%	90%	39,60%	64,30%	80,36%	86,43%	70%
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	Indikator RSUP Persahabatan	90%	91%	92%	98%	95%	94%	89,90%	85,36%	95,68%	96,71%
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	70%	70%	NA	NA	NA	95,60%	99,32%
		4	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	95%	90%	NA	NA	NA	97,10%	93,68%
		5	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar *	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	95%	90%	NA	NA	NA	93,58%	7,99%
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	6	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	75%	80%	NA	NA	NA	100%	80%
		7	Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	1 layanan	3	NA	NA	NA	1	1
		8	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan Hwgs*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	5000 sampel	375	NA	NA	NA	249	311
		9	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	100 %	100 %	NA	NA	NA	100%	100%
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	5 PPK/	5	5	4	3	5	9 PPK (Gilut =1, Spesialis Lainnya = 4,

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Keterangan	Target Indikator Kinerja Tahun					Realisasi Target Indikator Kinerja Tahun				
					2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	SMT I 2024
								KSM /Th						Radioterapi = 4)
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Jumlah pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif	Indikator RSUP Persahabatan	1	2	3	4	5	1	3	3	4	5
		12	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	≤2,5 %	≤2,5 %	NA	NA	NA	2,12%	3,81%
		13	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	2 kali	2 kali	NA	NA	NA	2	1
		14	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	≤ 30 menit	60%	NA	NA	NA	15 menit	100%
6	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	15	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	1 layanan	1 layanan	NA	NA	NA	4	1
		16	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	80%	80%	NA	NA	NA	NA	83,87%
		17	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	NA	100 %	NA	NA	NA	NA	100%
		18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	NA	80%	NA	NA	NA	NA	80%
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	19	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (*Multi Disciplinary Team*)	Indikator RSUP Persahabatan	80%	85%	90%	95%	100 %	94,90%	84%	100%	100%	100%
		20	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	80%	85%	NA	NA	NA	90,84%	89,66%
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	NA	10%	NA	NA	NA	NA	36,36%
		22	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	40	50	33%	12,50%	133,33 %	113	86

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Keterangan	Target Indikator Kinerja Tahun					Realisasi Target Indikator Kinerja Tahun				
					2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	SMT I 2024
		23	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	10	12	NA	NA	NA	18	25
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	24	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Indikator RSUP Persahabatan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Terwujudnya Kepuasan *Stakeholder*	25	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	diukur untuk IKT	86%	86,00%	87%	≥ 80%	≥ 80%	92,80%	89,57%	93,54%	89,032 %	89,29%
		26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	10%	10%	NA	NA	NA	10,39%	-0,04%
11	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	27	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	NA	100 %	NA	NA	NA	NA	92,31%
		28	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan *	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	NA	SBK> 75%	NA	NA	NA	NA	Capaian pada akhir tahun
12	Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	29	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	6	8	NA	NA	NA	26	67
		30	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama**	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	1	2
		31	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna**	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	6	2
		32	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya**	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	NA	4	NA	NA	NA	NA	4
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	33	*Bench marking/Sister Hospital*	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	2	3	NA	NA	NA	2	2
		34	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	60%	70%	NA	NA	NA	80%	80%
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	35	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	NA	100 %	NA	NA	NA	NA	100%
		36	Persentase kenaikan Revenue	Indikator RSUP Persahabatan	4,63%	4,69%	4,75%	4.88 %	4,94 %	8%	19,675	6,81%	9,19%	7,64%
		37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan*	Indikator direktif 2023	NA	NA	NA	92,5 0%	95%	NA	NA	NA	97,40%	97,40%

No	Sasaran Program/Kegiatan	No	Indikator Kinerja	Keterangan	Target Indikator Kinerja Tahun					Realisasi Target Indikator Kinerja Tahun				
					2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	SMT I 2024
		38	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	95%	90%	NA	NA	NA	84,34%	42,78%
		39	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	97%	96%	NA	NA	NA	97,09%	71,22%
		40	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	95%	90%	NA	NA	NA	78,22%	33,44%
		41	Persentase nilai EBITDA Margin*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	15%	15%	NA	NA	NA	-5,17%	-20,29%

1. Analisa Capaian Kinerja

1) Persentase Staf Yang Berkinerja *Excellent*

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

Tabel 8. Capaian Persentase Staf yang Berkinerja *Excellent*

Realisasi Persentase staf yang berkinerja *excellent*	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	70%	39,6%	75%	64,30%	80%	80,36%	85%	86.43%	90%	70%	Tidak ada target nasional
Capaian	56,57%		85,73%		100,45%		101.68%		78%		

Analisa:

Staf yang berkinerja *excellent* adalah staf dengan kinerja mencapai target IKI dan memenuhi jam kerja efektif yang telah ditetapkan (7.5 jam/hari) dengan ketentuan waktu kehadiran pukul 7.30 WIB (dispensasi sampai 7.45 WIB) serta waktu pulang pukul 16.00 WIB.

Pengumpulan data staf yang berkinerja *excellent* dilakukan 2 kali dalam setahun (semester). Metode pengumpulan data secara retrospektif diperoleh dari capaian kinerja dan jam efektif dari seluruh pegawai diseluruh unit kerja setiap bulannya. Sumber data berasal dari aplikasi PRIMA.

Formula Perhitungan :

= (Jumlah staf yang berkinerja *excellent* : Jumlah seluruh staf) x 100%
= (1.268:1.801) x 100%
= 70%

Realisasi semester I tahun 2024 sebesar 70%. Total staf yang mencapai target kinerja dan jam efektif sesuai ketentuan pada bulan Juni 2024 adalah 1268 pegawai dari total 1801 pegawai.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan semester I tahun 2024	Analisa Kegagalan/Keberhasilan capaian kinerja
1. Pengembangan aplikasi absen melalui HP 2. Pengembangan modul absen untuk penambahan informasi jam efektif	Pengembangan aplikasi absen melalui hp dan modul absen pada aplikasi PRIMA telah terlaksana di semester I	Capaian staf berkinerja *excellent*t semester I telah tercapai 70%, capaian belum memenuhi target satu tahun, namun telah >50% dari target tahunan. Penyesuaian setiap pegawai terkait kebijakan baru jam efektif menjadi kendala capaian.

Kendala:

1. Adanya perubahan definisi operasional dengan kriteria lebih mengungkit kinerja karyawan
2. Belum ada kriteria eksklusi di awal pengukuran (cuti dan sakit)
3. Perlu disepakati kriteria eksklusi untuk tercapainya target KPI-RS staf berkinerja *excellent*

Langkah strategis perbaikan:

1. Tim Kerja OSDM melakukan sosialisasi kepada seluruh pegawai melalui zoom meeting terkait informasi penilaian staf berkinerja *excellent* (kinerja mencapai target dan pemenuhan jam kerja efektif).
2. Pengembangan aplikasi absensi pegawai melalui handphone agar mengurangi antrian pada mesin absen.
3. Pengembangan modul rekap absen pada aplikasi PRIMA (penambahan keterangan terpenuhi jam efektif) agar setiap pegawai dapat memantau absensi.

Rekomendasi:

1. Kaji ulang untuk definisi operasional jam efektif
2. Monitoring dan evaluasi capaian jam efektif

2) Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, semester I 2024 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	Realisasi SMT I	
	90%	94%	91 %	89,90 %	92%	85,36%	98%	95.68%	95%	96.71 %	Tidak ada
Capaian	104,44%		98,79%		92,78%		97.64%		102%		

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.

Formula Perhitungan :

= (Jumlah keluhan yang ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam : jumlah seluruh keluhan yang diterima) x 100%
= (1.559/1.612) x 100%
= 96,71%

Realisasi capaian persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti selama semester I tahun 2024 tercapai 96.71%, telah mencapai target (95%). Total keluhan selama semester I tahun 2024 berjumlah 1612 keluhan, total keluhan yang dapat ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam adalah 1559. Terdapat 53 keluhan ditindaklanjuti lebih dari 1x24 jam yaitu keluhan perbaikan alat medik.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan semester I tahun 2024	Analisa Kegagalan/Keberhasilan capaian kinerja
1. Terlakasananya Laporan Capaian KPI renstra 2. Usulan perbaikan peralatan medik 3. Usulan kegiatan kontrak service peralatan non medik 4. Terlaksananya / Berkontrak dengan penyedia pengadaan suku cadang dan sparepart 5. Mengusulkan persekot pekerjaan pemeliharaan gedung	1. Pelaporan capaian KPI telah terlaksana setiap bulan 2. Usulan perbaikan alkes dilakukan setiap ada kerusakan 3. Kegiatan kontrak service telah dianggarkan pada tahun berjalan 4. Kontrak dengan penyedia pengadaan suku cadang dan sparepart sedang berproses 5. Usulan persekot pekerjaan pemeliharaan gedung sedang berproses di Anggaran	Capaian pada semester I telah mencapai target dikarenakan adanya monitroing dan evaluasi perbaikan sarpras setiap bulannya, rutin dilakukan breafing kepada teknisi untuk memberikan solusi terkait kendala perbaikan sarpras dan alkes setiap bulannya.

Kendala :

1. Perbaikan alat medik membutuhkan sparepart khusus berdasarkan rekomendasi dari vendor sehingga membutuhkan waktu dan pengajuan biaya untuk pengadaan sparepart.
2. Belum tersedianya sistem untuk penginputan keluhan alat non medik mengakibatkan dapat menghambat pelayanan apabila tidak tertangani sesuai kebutuhan layanan

Langkah strategis perbaikan :

1. Melakukan kalibrasi alkes sesuai jadwal yang ditentukan
2. Monitroing dan evaluasi sarpras secara berkala disetiap unit kerja oleh masing-masing PIC unit dan teknisi
3. Mengusulkan pengembangan aplikasi SAMRS yang saat ini hanya digunakan untuk monitroing dan evaluasi alkes akan direncanakan untuk pengembangan monitroing dan evaluasi alat non medik.

Rekomendasi:

Update data inventarisasi sarpras dan alkes disetiap unit kerja agar monitroing dan evaluasi sarpras lebih terorganisir melalui aplikasi SAMRS.

3) Persentase pembelian alat kesehatan dalam negeri

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

Tabel 10. Persentase pembelian alat kesehatan 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	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, baru diukur di tahun 2023						70%	95,60%	70%	99,32%	70%
Capaian	NA		NA		NA		136,57%		142%		142%

Analisa :

Persentase realisasi pembelian alat kesehatan 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 :

= Jumlah alat kesehatan dalam negeri yang memiliki izin edar dan dibeli dengan sumber dana RM/BLU dalam satu tahun anggaran : jumlah seluruh alat kesehatan
= (145:146) x 100%
= 99,32%

Realisasi capaian persentase pembelian alat kesehatan produksi dalam negeri semester I tahun 2024 tercapai 99,32%, capaian telah memenuhi target (70%). Jumlah alat kesehatan dalam negeri yang telah direalisasikan sebanyak 145

alkes dari rencana pembelian 146 alkes.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan semester I tahun 2024	Analisa Kegagalan/Keberhasilan capaian kinerja
1. Updating Alkes PDN kepada user melalui kegiatan Presentasi Alkes/ Demo atau Trial Alkes/ Pameran Alkes 2. Resosialisasi Regulasi Penggunaan Produk Dalam Negeri 3. Evaluasi Penggunaan Alkes Dalam Negeri berupa laporan dari Unit Pengguna 4. Feedback kepada Penyedia terkait keluhan terhadap alkes PDN dari user sehingga dapat ditindaklanjuti untuk penyempurnaan produk	1. Kegiatan sosialisasi alkes rutin dilakukan selama semester I 2. Evaluasi penggunaan Alat Kesehatan Dalam Negeri oleh user telah dilaksanakan	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 tersedia pada alat kesehatan dalam negeri.

Langkah stategis perbaikan:

1. Resosialisasi penggunaan PDN
2. Trial alkes PDN
3. Evaluasi penggunaan alkes PDN (tindak lanjut complain user)
4. Pengusulan proposal aplikasi evaluasi penggunaan alkes dan AMHP

Rekomendasi :

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

4) Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

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

Tabel 11. Capaian persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar

Realisasi Persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, baru diukur di tahun 2023						95%	97,10%	90%	93,68%	90%
Capaian	NA		NA		NA		102,21%		104%		104%

Analisa :

Indikator merupakan indikator mandatori untuk RS Vertikal dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah persentase pemenuhan sarana prasarana dan alat kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 tentang persyaratan teknis bangunan prasarana dan alat kesehatan Rumah Sakit.

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

Formula Perhitungan :

= Jumlah persentase sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK
= (100%+100%+78,93)/3
= 93,68%

Realisasi capaian persentase pemenuhan SPA RS sesuai standar pada semester I tahun 2024 tercapai 93,68%. Data sarpras yang belum 100% terinput di ASPAK adalah data alat kesehatan.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan semester I tahun 2024	Analisa Kegagalan/Keberhasilan capaian kinerja
Penginputan fasilitas pada aplikasi ASPAK untuk sarana dan prasarana medik maupun non medik	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 telah memenuhi target tahunan karena penginputan alkes dilakukan oleh setiap unit kerja pelayanan sesuai lokasi alkes dan dimonitoring oleh IPSRS serta Timker Pelayanan Penunjang.

Kendala:

Data kondisi alkes (baik/rusak) masih ada yang belum terupdate pada aplikasi ASPAK karena penginputan alkes hanya saat awal alat baru diletakan diruangan.

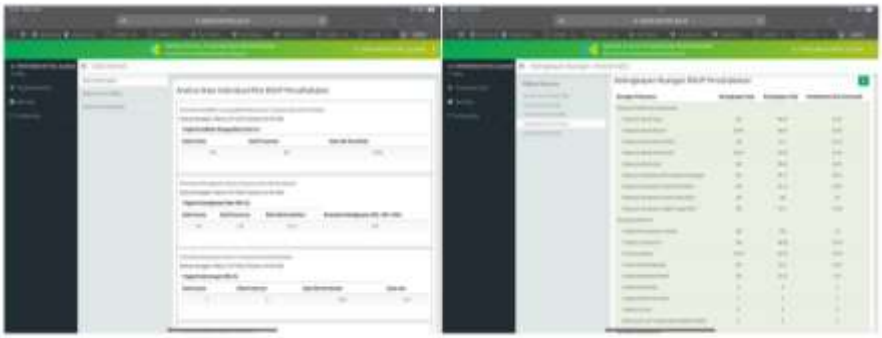
Langkah strategis perbaikan:

1. Berkoordinasi dengan fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk kelengkapan

data alat medik pada ASPAK

2. Melakukan sosialisasi penginputan dan update data ASPAK kepada seluruh unit kerja.

Gambar 3 Penginputan Alkes dan Sarpras pada aplikasi ASPAK



Rekomendasi :

IPSRS rutin melakukan monitroing dan evaluasi data di ASPAK untuk validasi data agar kegiatan pemeliharaan sarpras dan alkes dapat optimal sehingga tidak mengganggu pelayanan akibat kerusakan fasilitas layanan kesehatan.

5) Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

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

Tabel 12. Capaian persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar

Realisasi Persentase alkes RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur di tahun 2023						95%	93,58%	90%	7,99%	90%
Capaian	NA		NA		NA		133,33%		9%		9%

Analisa :

Definisi operasional indikator adalah persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 tahun 2015 tentang pengujian dan kalibrasi alat kesehatan. Metode pengumpulan data secara retrospektif melalui rekapitulasi kalibrasi alat kesehatan dan dilaporkan setiap semester.

Formula Perhitungan :

= (Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi : jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi) x 100%
= (191 : 2.389) x 100%
= 7,99%

Realisasi alkes yang telah dikalibrasi selama semester I sebesar 7,99%, capaian belum memenuhi target satu tahun (90%). Total alkes yang telah dikalibrasi pada semester I berjumlah 191 alkes dari total alkes yang harus dikalibrasi pada tahun 2024 berjumlah 2.389 alkes.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Semester I Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Usulan kalibrasi peralatan medik	Usulan kalibrasi peralatan medik telah dianggarkan pada tahun 2024 dan telah dilakukan kalibrasi tetapi belum optimal di semester I	Capaian kalibrasi alkes pada semester I belum memenuhi target tahunan dikarenakan kalibrasi hanya dilakukan oleh BPFK sehingga waktu antrian kalibrasi menjadi lebih lama

Kendala:

1. Usulan kalibrasi sudah diajukan sejak april 2024 namun terkendala pada proses pengadaan yang membutuhkan waktu lama
2. Alur proses pengusulan kalibrasi alkes sampai dengan terlaksana kalibrasi membutuhkan waktu yang lama.
3. Kalibrasi alkes hanya bisa dilakukan oleh BPFK dan harus menunggu antrian sehingga tidak bisa dilakukan tepat waktu
4. Rumah sakit belum mampu mengadakan kalibrasi mandiri karena petugas harus tersertifikasi dan keterbatasan peralatan untuk kalibrasi

Langkah strategis perbaikan:

1. Melaksanakan kontrak kalibrasi alkes dengan pihak ke-3 selain BPFK untuk percepatan kalibrasi pada semester II.
2. Kalibrasi Mandiri

Rekomendasi:

1. Monitoring usulan kalibrasi yang sedang berproses
2. Buat time schedule capaian kalibrasi perbulan sehingga dalam 1 tahun tercapai
3. Buat kajian / telaah staf terkait pelaksanaan kalibrasi mandiri sehingga dapat diketahui keuntungan dan atau kerugian rumah sakit menetapkan kalibrasi mandiri

6) Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, semester I 2024

terhadap jangka menengah tahun 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 13. 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	Realisasi SMT I	
	Indikator rumah sakit yang mulai diukur di tahun 2023 karena rekomendasi dari ITJEN, untuk merubah indicator proses menjadi indicator outcome						75%	100%	80%	80%	NA
Capaian	NA		NA		NA		133,33%		100%		NA

Analisa :

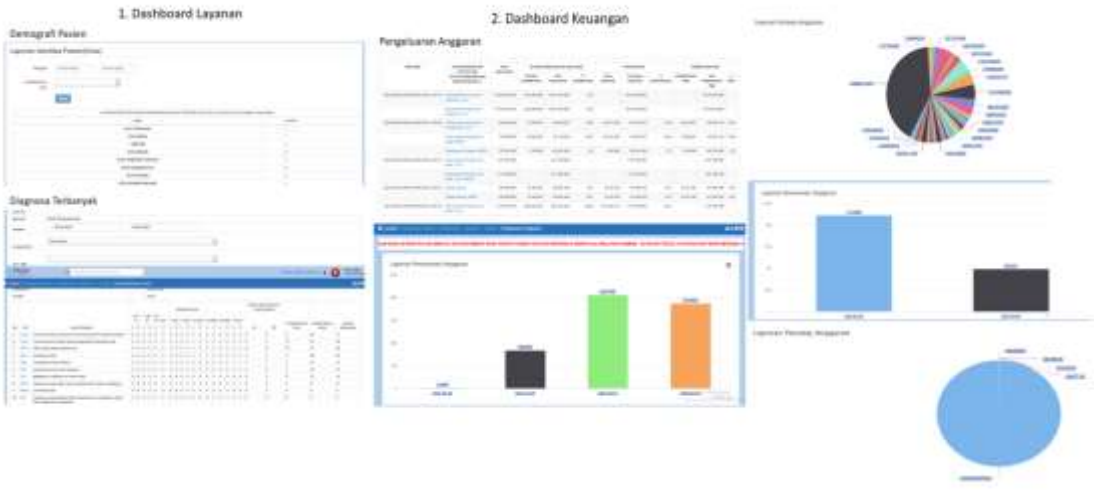
Definisi operasional indikator adalah terwujudnya dashboard realtime sesuai kebutuhan rumah sakit meliputi: dashboard layanan (demografi dan diagnosa terbanyak), dashboard keuangan (pengeluaran anggaran, hutang, pendapatan, piutang), dashboard inventory (pemakaian aset, masa manfaat aset) dan dashboard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

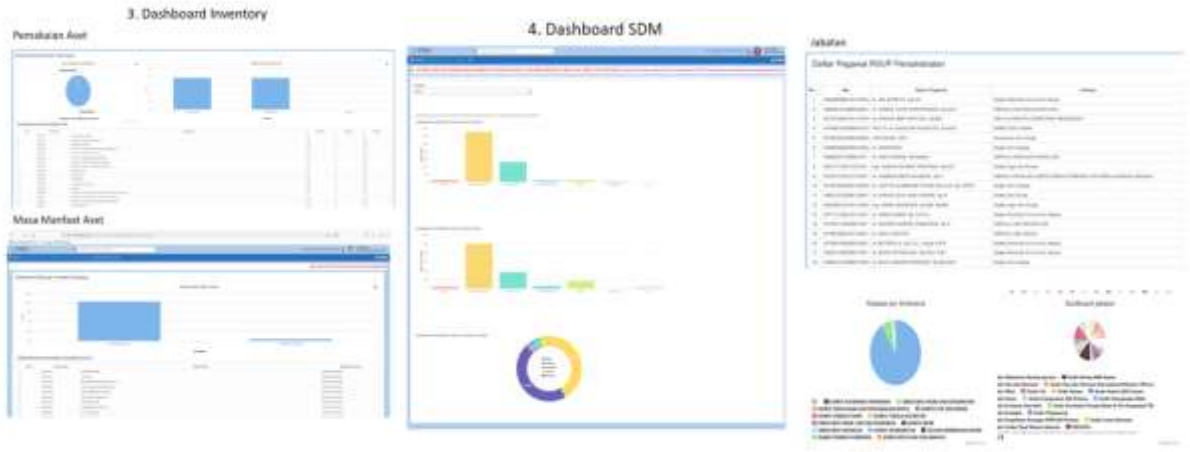
Metode pengumpulan data secara retrospektif melalui Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit dan dilaporkan setiap triwulan.

Formula Perhitungan :

= (Dashboard yang berhasil dikembangkan realtime : target dashboard yang harus dikembangkan realtime) x 100%
= (8:10) x 100%
= 80%

Realisasi capaian dashboard pengembangan bisnis rumah sakit tercapai 80%. Jumlah dashboard yang telah selesai dikembangkan adalah 10 dashboard dari total 10 dashboard namun hanya 8 dashboard yang telah terimplementasi. dua dashboard yang belum terimplentasi yaitu dashboard aset dan manfaat aset karena sedang proses pengumpulan data aset disetiap unit.





Gambar 4 Dashboard Pengembangan Bisnis Rumah Sakit

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Semester I Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pengembangan dashboard layanan, keuangan, piutang, SDM 2. Pengembangan aplikasi Keuangan dan inventory 3. *Self Assesment* Tingkat Maturitas BLU 2023	Dashboard yang telah dikembangkan sebagai berikut: demografi, diagnosa terbanyak, pengeluaran anggaran, hutang, pendapatan, piutang, pemakaian asset, manfaat asset, pelatihan dan jabatan	Capaian telah memenuhi target tahunan. 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:

Proses pendataan asset membutuhkan waktu yang lama.

Langkah strategis perbaikan:

Berkoordinasi dengan setiap ruangan untuk inventarisasi aset.

Rekomendasi:

Pengembangan dashboard layanan agar data dapat diakses secara real time dan dapat dimanfaatkan untuk pemenuhan data klaim Badan Penyelenggara Penjamin Sosial.

7) Jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS

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

Tabel 14. Capaian jumlah layanan berbasis genomik di hubs RS

Realisasi jumlah layanan berbasis genomik di Hubs RS	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur di tahun 2023						1 layanan	1 layanan	3 layanan	1 Layanan	1 layanan
Capaian	NA		NA		NA		100%		33%		100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah tersedianya layanan genomic sesuai dengan kekhususan Hubs mulai dari proposal penelitian, ethical clearance, Standar Operasional Prosedur/protokol penelitian, SK tim pelaksanaan, pelatihan SDM, perekrutan sampel sampai pemeriksaan *sequencing genome*. Sumber data diperoleh dari laporan monitoring dan evaluasi Hubs RS. Periode pengumpulan data dilakukan setiap semester.

Formula perhitungan :

= Jumlah komulatif layanan genomik yang tersedia diseluruh hubs
= 1 Layanan

Realisasi capaian pada semester I telah tersedia layanan genomik kekhususan Tuberkulosis Hubs di RSUP Persahabatan.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Terlaksananya rekrutmen pasien BGSI 2. Terlaksananya penerimaan logistik untuk keperluan BGSI 3. Terlaksananya pelatihan biobank dan supervise dari tim BGSi	**1.** Rekrutmen pasien BGSi telah terlaksana namun belum mencukupi sesuai target sampel	Capaian telah memenuhi target yaitu tersedianya layanan pemeriksaaan genomic untuk pasien tuberculosis namun saat ini hanya digunakan untuk penelitian saja. Dengan pemeriksaan *genomic*, 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:

Saat ini layanan genomik hanya digunakan untuk dukungan penelitian dan tidak berbayar serta belum ada tarif layanan genomik karena sedang tahap uji klinis.

Langkah strategis perbaikan:

Optimalisasi pengumpulan sampel pasien TB untuk layanan genomik.

Gambar 5 Pengumpulan sampel layanan genomik

Rekomendasi:

Perlu dipertimbangkan untuk diperhitungkan unit *cost* dari layanan *genomic* jika menjadi revenue rumah sakit maka dapat dipertimbangkan untuk menjadi layanan baru.

8) Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

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

Tabel 15. Capaian jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS

Realisasi terselenggaranya rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur sejak 2023						5000 sampel	249 sampel	375 sampel	311	311
Capaian	NA		NA		NA		4,98%		83%		83%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 = 311 sampel

Realisasi capaian pada semester I tahun 2024 tercapai 311 sampel, capaian belum memenuhi target (375 sampel). Terdapat perbedaan target di tahun 2023

dan 2024, dimana tahun 2024 lebih kecil daripada tahun 2023 karena di tahun 2023 memakai target nasional yaitu penggabungan dari target masing-masing rumah sakit Kementerian Kesehatan, sementara di tahun 2024 memakai target khusus untuk rumah sakit Persahabatan.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Melakukan rekrutmen sampel darah dari pasien TB 2. Melakukan pengiriman sampel ke BGSi pusat untuk pemeriksaan HWGS	Rekrutmen sampel darah dan pengiriman sampel untuk pemeriksaan HWGS telah terlaksana	Capaian jumlah rekrutmen sampel HWGS pada semester I belum memenuhi target satu tahun, namun sudah >50% capaian dari target tahunan.

Kendala:

Keterbatasan tenaga yang mengerjakan sampel WGS karena Sampel WGS berasal dari isolat sehingga menunggu koloni tumbuh dan dipooling sesuai jumlah untuk sekali running WGS.

Langkah strategis perbaikan:

Mengumpulkan sampel WGS dan mengirimkan sampel ke BGSi pusat.

Gambar 6 Proses pengiriman sampel WGS

Rekomendasi:

Koordinasi dengan tim BGSi pusat untuk pengumpulan dan pengiriman sampel WGS.

9) Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang (Lab, radiologi, gizi, rehab

medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal

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

Tabel 16. Capaian persentase RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang (Lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal

Realisasi persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang dan farmasi	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur di tahun 2023						100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%		100%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 manajemen rumah sakit. Periode pelaporan indikator setiap triwulan.

Formulasi Perhitungan :

= (jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi : 6 (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi) x 100%
= (6:6) x 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.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pengembangan sistem RME lanjutan (MCU Pegawai, Surat	1. RME MCU pegawai, surat keterangan lahir telah	Capain RME telah memenuhi target capaian 80%. Dengan

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Keterangan Lahir, RME untuk PPDS, G15 Transfusi Darah, Penambahan Komponen RME, Review RME) 2. Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2024 3. Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME 4. Rapat koordinasi terkait hasil monitroing dan evaluasi rekam medik elektronik 5. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia	tersedia didalam RME 2. Perangkat penunjang belum ada pengembangan terbaru, pengembangan terakhir adalah finger print 3. Pelatihan dan sosialisasi selalu dilakukan saat ada RME baru yang akan diimplementasikan 4. Study banding belum terlaksana	adanya RME mewujudkan sistem pelayanan berbasis teknologi dan terintegrasi sehingga pelayanan kepada pasien menjadi lebih efektif dan efisien serta dapat mengurangi biaya cetakan medik.

Kendala:

1. 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.
2. Tampilan dan pengisian RME belum *user friendly* sehingga banyak petugas yang menunda mengisi RME secara *realtime* untuk mempercepat waktu pelayanan

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. Monitroing dan evaluasi 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.
3. Evaluasi formulir RME agar *user friendly* dan tidak mempersulit petugas saat pengisian RME realtime agar tidak memperpanjang waktu layanan

10) Jumlah PPK yang dievaluasi

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

Tabel 17. Capaian jumlah PPK yang dievaluasi

Realisasi	Tahun 2020	Tahun 2021	Tahun 2022	Tahun 2023	Tahun 2024	Target

Jumlah PPK yang dievaluasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Real isasi	Target	Reali sasi	Target	Realis asi SMT I	**Nasional**
	5	5	5	4	5	5	5	5	5/KS M	2/2KS M	5
Capaian	100%		80%		100%		100%		2%		100%

Analisa :

Jumlah PPK yang dievaluasi adalah jumlah audit protokol klinis (PPK/CP) yang sudah ada, penyusunan Panduan Praktek Klinis (PPK)/*Clinical Pathway* (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 :

= Jumlah PPK yang dievaluasi oleh KSM dalam satu tahun : jumlah seluruh PPK dari 17 KSM
= 2 : 85
= 0.02 PPK/KSM

Realisasi capaian jumlah PPK yang dievaluasi oleh KSM selama semester I tercapai 2 PPK dari 17 KSM, capaian belum memenuhi target satu tahun (5 PPK/KSM).

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	**Realisasi Kegiatan Tahun 2024**	**Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja**
1. Review 5 buah PPK per KSM per tahun 2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi PPK bersama tim terkait	1. Review PPK pada semester I telah dilakukan tetapi belum mencapai target tahunan 2. Monitroing dan evaluasi PPK telah terlaksana dan telah	Capaian semester I belum memenuhi target tahunan karena ada beberapa kendala seperti perubahan formulir clinical pathway.

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
3. Terlaksananya kegiatan siang klinis/kasus terpadu / kasus kematian 4. Laporan audit medis	tersedia dashboard pengisian CP pada aplikasi PRIMA 3. Kegiatan case conference sudah terlaksana khususnya pada kasus sulit 4. Audit medis telah terlaksana pada penyakit prioritas RS	

Kendala:

1. KSM baru mengumpulkan PPK di akhir tahun
2. Kesibukan KSM di pelayanan sehingga waktu untuk evaluasi PPK terbatas

Langkah strategis perbaikan:

1. Pembaharuan format PPK
2. Koordinasi berkala dengan KSM

Rekomendasi:

1. Pelatihan evaluasi PPK dan atau CP untuk KSM
2. Evaluasi hasil audit PPK secara berkala.

11) Jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, semester I 2024 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	Realisasi SMT I	
	1	1	2	3	3	3	4	4	5	5	Tidak ada target nasional
Capaian	100%		150%		100%		100%		100%		

Analisa :

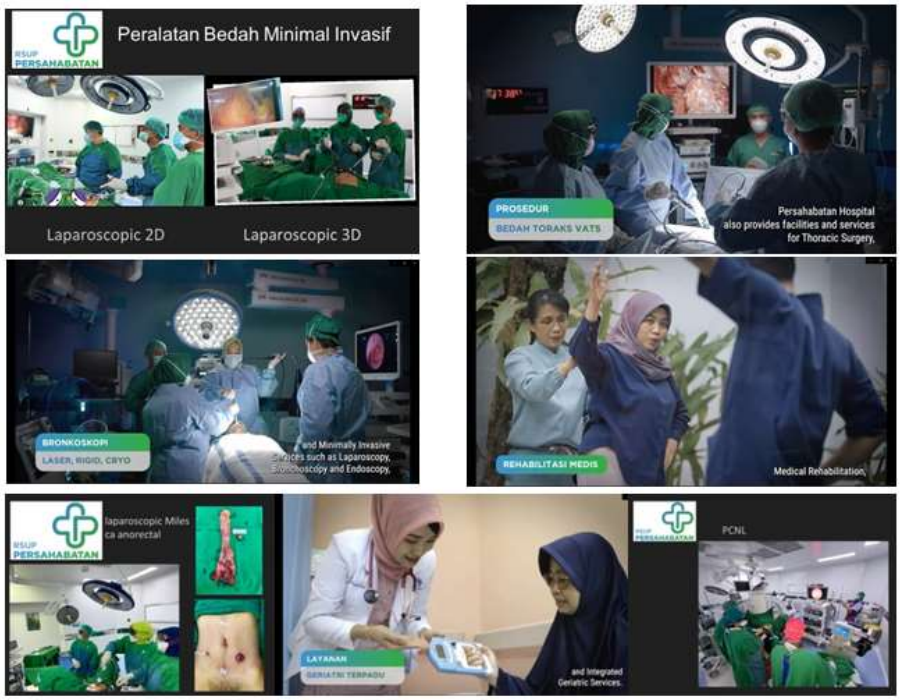
Jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif adalah pelayanan spesifik dilaksanakan hanya oleh RSUP Persahabatan atau terbaik ke satu atau ke dua di Indonesia, pelayanan dilakukan melalui keputusan bersama dari berbagai disiplin ilmu. Pengumpulan data capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif dilakukan setiap semester. Metode penggumpulan data diperoleh dari laporan pelayanan unggulan yang dikumpulkan melalui Tim Kerja Pelayanan Medik.

Formula Perhitungan :

= Jumlah pelayanan unggulan kolaboratif yang terlaksana di RSUP Persahabatan = 5 pelayanan unggulan

Capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif tahun 2024 terdiri dari:

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



Gambar 7 Layanan Unggulan Tahun 2024

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pemilihan layanan unggulan rumah sakit 2. Penetapan layanan unggulan rumah sakit 3. Monitroing dan evaluasi layanan unggulan RS	1. Pelayanan unggulan RS ditetapkan sesuai road map pada RSB dan mandatory dari Kementerian Kesehatan 2. Monitoring layanan	Capaian layanan unggulan RS telah telaksana sesuai target. Dengan terlaksananya layanan unggulan RS mewujudkan pelayanan kolaboratif yang unggul.

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
	unggulan RS dilakukan secara berkala setiap pekan melalui Rapat Koordinasi Pimpinan	

Kendala:

Informasi terkait layanan unggulan belum terinfokan secara detail pada halaman *website* RSUP Persahabatan sehingga promosi layanan belum maksimal.

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 NDR di Rumah Sakit Vertikal

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

Tabel 19. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal

Realisasi persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator direktif, mulai diukur tahun 2023						≤2,5%	2.12%	≤2,5%	3,81%	≤2,5%
Capaian	NA		NA		NA		100%		66%		66%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Drijen Pelayanan Kesehatan. 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 :

= Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun : jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun x 100%

= 426 : (10.520+661)

= 3,81%

Realisasi capaian persentase penurunan jumlah kematian di RS selama satu

semester tahun 2024 tercapai 3,81%, capaian belum memenuhi target (≤2,5%).

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Monitoring kasus-kasus kompleks melalui case manager 2. Melakukan MDT untuk kasus-kasus kompleks dengan mengundang pihak terkait 3. Mencatat hasil capaian NDR 4. Monitroing dan evaluasi hasil capaian NDR 5. Membuat rekomendasi hasil capaian NDR	Kegiatan MDT rutin dilakukan pada setiap kasus sulit. Selama semester I telah terlaksana MDT sebanyak 89 kasus.	Capaian penurunan kematian di RS belum mencapai target. Tingginya NDR di ruang rawat intensif karena kasus yang dirujuk ke RS merupakan kasus dengan severity level 3.

Kendala:

1. NDR tertinggi pada ruang rawat intensif dengan kondisi pasien *severity level* berat sehingga harapan hidup rendah.
2. Beberapa kasus kematian karena pasien terlambat dirujuk
3. Kasus terbanyak merupakan kasus onkologi *endstage*

Langkah strategis perbaikan:

1. pelaksanaan audit medis kematian untuk screening kasus-kasus penyebab kematian pasien di RSUP Persahabatan. Audit medis kematian dilakukan setiap pekan.
2. Peningkatan kompetensi SDM
3. Peningkatan mutu standar klinis

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi tindak lanjut hasil audit medis kematian.

13) Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit

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

Tabel 20. Capaian jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit

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

audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)										**SMT I**	
	Indikator direktif, mulai diukur tahun 2023						2 kali	2 kali	2 kali	1 kali	2 kali
Capaian	NA		NA		NA		100%		50%		5%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 Rujukan
= 1 laporan

Realisasi capaian pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan), pada semester I tahun 2024 tercapai 1 laporan. Penyakit yang dilakukan audit adalah bekas SC, mastektomi pada ca mammae, BBLR, Infark miokard tanpa elevasi segmen ST, Iskemik akut, closed fracture shaft femur, TB SO.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	**Realisasi Kegiatan Tahun 2024**	**Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja**
1. Koordinasi komite medik dengan KSM terkait untuk penentuan 9 layanan prioritas 2. Laporan Audit medis terkait 9 layanan prioritas.	Pelaksanaaan audit medis pada semester I telah dilakukan, audit medis dilakukan pada penyakit prioritas RS	Capaian laporan audit medis telah mencapai target. Tercapainya indikator laporan audit medis diharapkan dapat meningkatkan kualitas untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan dapat mengurangi biaya serta menurunkan *length of stay*

Kendala:

Keterbatasan waktu dan tenaga staf medik karena waktu untuk pelayanan dan tugas struktural organisasi.

Langkah strategis perbaikan:

Evaluasi analisi beban kerja anggota Komite mutu dan Komdik

Rekomendasi:

Penambahan anggota di sub komite mutu dan profesi (Komite Medik)

14) Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit

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

Tabel 21. Capaian persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 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	Realisasi SMT I	
	Indikator direktif, mulai diukur tahun 2023						≤ 30 menit	15 menit	60%	100%	60%
Capaian	NA		NA		NA		100%		167%		167%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 :

= Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) : total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS x 100%
= (14:14) x 100%
= 100%

Realisasi jumlah kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit pada semester I total 14 kasus.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun

kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Mencatat hasil capaian hasil waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit 2. Monitroing dan evaluasi hasil capaian waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit 3. Membuat rekomendasi hasil capaian	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 monitroing dan evaluasi rutin layanan IGD dan OK Kebidanan

Rekomendasi:

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

15) RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

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

Tabel 22. Capaian RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

Realisasi RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						1 layanan	4	1 layanan	1 Layanan	1 layanan
Capaian	NA		NA		NA		400%		100%		100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah Jumlah layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan luar negeri. Periode pelaporan indikator pada akhir tahun.

Formula perhitungan :

= Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS/institusi kesehatan luar negeri baik dalam tahapan penjajakan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa dokumen kerja sama hingga implementasinya = 1 kerja sama layanan unggulan transplantasi paru dengan National Taiwan University Hospital

Realisasi capaian tercapai 1 perjanjian kerja sama layanan transplantasi paru dengan National Taiwan University Hospital.

Gambar 8 Kerja sama layanan transplantasi paru

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
5. Melakukan *benchmarking* 6. Penjajakan dengan pihak asing terkait pelayanan unggulan 7. Membuat draft MOU dengan pihak asing terkait pelayanan unggulan 8. Pengesahan MOU	MoU layanan unggulan kerja sama dengan Instansi luar negeri pada tahun 2024 yang telah siap diimplementasikan adalah layanan unggulan transplantasi paru, kerja sama dengan National Taiwan University Hospital	Tercapainya perjanjian kerja sama dengan institusi luar negeri berdampak pada peningkatan pengetahuan dan kompetensi SDM RS untuk meningkatkan mutu pelayanan

Kendala:

Layanan unggulan transplantasi paru telah tersedia di RSUP Persahabatan namun pelayanan belum berjalan karena pendonor belum tersedia.

Langkah strategis perbaikan:

Kerja sama dengan institusi dalam dan luar negeri untuk pelaksanaan dan pengembangan layanan unggulan seperti penyediaan pendonor.

Rekomendasi:

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

16) Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien

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

Tabel 23. Capaian perbaikan pengalaman pasien

Realisasi persentase capaian perbaikan pengalaman pasien	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						≥ 80%	66%	≥ 80%	83,87%	80%
Capaian	NA		NA		NA		82%		104,83%		104,83%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional persentase capaian perbaikan pengalaman pasien adalah persentase fasilitas pendukung yang memenuhi standar (parkir, taman, toilet) dan persentase waktu layanan *end-to-end* tanpa pemeriksaan penunjang <120 menit. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

= rata-rata persentase capaian fasilitas (skoring parkir, toilet, taman, ruang tunggu pasien) + waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
= (87,50% + 80,23%) : 2
= 83,87%

Realisasi capaian perbaikan pengalaman pasien pada semester I tahun 2024 sebesar 83,87%. Perbaikan dan pemeliharaan fasilitas parkir, toilet, taman dan ruang tunggu pasien dilakukan rutin untuk menjaga keamanan dan kenyamanan pengunjung. Untuk mengurangi antrian pada layanan farmasi telah tersedia jasa antar obat kerja sama dengan PT POS.

Gambar 9 Perbaikan dan pemeliharaan fasilitas RS

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun

kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Merekap sarpras terkait pelayanan pasien 2. Melaporkan sarpras yang sudah usang 3. Penambahan Valet Parkir di Griya Puspa dan Gedung ISDB 4. Usulan renovasi ruang tunggu pasien IGD 24jam	1. Pendataan jumlah dan kondisi sarpras dilakukan pada aplikasi ASPAK 2. Penambahan valet parkir sedang berproses di lokasi griya puspa 3. Renovasi ruang tunggu pasien IGD rencana akan dilaksanakan pada semester II	Capaian perbaikan pengalaman pasien pada semester I telah mencapai target. Perbaikan pengalaman pasien diharapkan dapat mewujudkan kenyamanan dan keamanan pasien selama berada di RS.

Kendala:

Waktu tunggu rawat jalan dibeberapa poli melebihi target waktu 60 menit karena waktu mulai pemeriksaan pasien melebihi jam buka pelayanan.

Langkah strategis perbaikan:

1. *Cleaning* data capaian sesuai definisi operasional waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
2. Monitroing dan evaluasi capaian waktu tunggu rawat jalan setiap bulan
3. Bekerjasama dengan PT POS dalam jasa pengantaran obat
4. Penyediaan akses finger print pasien di loket poli rawat jalan

Rekomendasi :

1. Koordinasi dengan SIMRS untuk perbaikan modul WTJ tanpa pemeriksaan penunjang
2. Peningkatan kepatuhan realtime petugas pelaksana kegiatan

17) Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

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

Tabel 24. Capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

Realisasi capaian peningkatan kualitas pemberi layanan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								100%	100%	100%
Capaian	NA		NA		NA		NA		100%		100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

adalah persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis <24jam. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

= Kecepatan penanganan keluhan adalah respon penanganan keluhan dengan kategori non-medis <24jam sejak keluhan disampaikan hingga diberikan respon oleh rumah sakit. Terpenuhi jika capaian 100% = (11 : 11) x 100% = 100%

Capaian peningkatan kualitas pemberi layanan pada semester I tahun 2024 berjumlah 11 keluhan non medis, keseluruhan keluhan telah direspon dalam waktu 24 jam.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pendampingan pasien di Lobby Rawat jalan Gd. Prof. Rasmin Rasjid 2. Pemberian informasi secara langsung di lobby rawat jalan Gd. Prof. Rasmin Rasjid 3. Memfasilitasi keluhan secara langsung di Gd. Prof. Rasmin Rasjid	*Customer care* untuk Pendampingan, pemberian informasi dan memfasilitasi pengaduan keluhan langsung telah tersedia di lobby rawat jalan gedung RR	Capaian peningkatan kualitas pemberi layanan pada semester I telah mencapai target tahunan. Tercapainya target diharapkan dapat meningkatkan promosi dari pasien atau pengunjung

Kendala:

Masih adanya kelugan berulang.

Langkah strategis perbaikan:

Menyediakan *counter service center* di area tunggu rawat jalan loby Rasmin Rasjid. menindaklanjuti setiap keluhan melalui media online dan offline.

Gambar 10 Counter *Customer Service*

Rekomendasi:

Monitroing dan evaluasi keluhan berulang, lakukan identifikasi dan evaluasi dari Humas serta di tindak lanjuti oleh unit kerja terkait.

18) Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis

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

Tabel 25. Capaian persentase peningkatan mutu layanan klinis

Realisasi persentase peningkatan mutu layanan klinis	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								80%	80%	80%
Capaian	NA		NA		NA		NA		100%		100%

Analisa :

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis adalah persentase tercapainya output klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas. Sumber data dari laporan indikator klinis penyakit prioritas. Pelaporan indikator setiap triwulan.

Formula perhitungan :

= Total komulatif capaian indikator klinis setelah konversi : jumlah indikator klinis yang diukur)
= (8 : 10) x 100%
= 80%

Capaian indikator peningkatan mutu layanan klinis pada triwulan II tercapai 80%. Penyakit prioritas yang diukur di RS Persahabatan adalah Stroke, kanker, jantung, urologi, KIA, DM, TBC, Gastro, Pinere dan orthopedi.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Pencegahan kejadian aspirasi pada kasus TB Hemoptisis	Pencegahan kejadian aspirasi pada kasus TB Hemoptisis telah terlaksana di semester I	Capaian telah mencapai target, diharapkan dapat menurunkan angka kesakitan penyakit prioritas

Kendala:

Kasus TB merupakan pengobatan jangka panjang memerlukan waktu 6 – 9 bulan, sehingga ketika diukur semester maka angka keberhasilannya belum terlihat maksimal

Langkah strategis perbaikan:

1. Monitroing dan evaluasi capaian indikator klinis secara berkala
2. Mengadakan pelatihan, workshop dan simulasi untuk kesiapan tim medis

Rekomendasi:

1. Pelatihan Lanjutan dan Workshop dan Simulasi untuk memastikan kesiapan tim medis dalam menangani kejadian aspirasi dengan cepat dan efisien.
2. Monitroing dan evaluasi bersama seluruh unit kerja terkait (KSM, Keperawatan, Tim Kerja Pelayanan Medik, Instalasi Ranap) dalam Penguatan Protokol Pencegahan Aspirasi.
3. Pengembangan program Edukasi Pasien dan Keluarga berkelanjutan.
4. Kolaborasi dengan Tim Multi disiplin dan Rapat Koordinasi Rutin jika memungkinkan dibuat tim Tim Respons Cepat: yang siap menangani kejadian aspirasi kapan pun diperlukan, dengan anggota dari berbagai disiplin ilmu yang terlatih dalam penanganan kasus-kasus kompleks.

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

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

Tabel 26. Capaian persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (*Multi Disciplinary Team*)

Realisasi persentase kasus sulit respirasi	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	

yang ditangani melalui MDT										**SMT I**	
	80%	94,90 %	85%	84%	90%	100%	95%	100%	100%	100%	Tidak ada
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 multi disiplin 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 Tim Kerja Pelayanan Medik. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula perhitungan :

= (jumlah kasus respirasi sulit yang dilakukan case conference dan ditulis dalam rekam medis : jumlah kasus respirasi sulit yang ditangani dalam satu tahun) x 100%
= (46 : 46) x 100%
= 100%

capaian persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT tercapai 100%, capaian telah memenugi target 100%. Total kasus sulit yang dilakukan MDT pada semester I tahun 2024 berjumlah 46 kasus sulit.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	**Realisasi Kegiatan Tahun 2024**	**Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja**
1. Membuat surat ke KSM terkait kasus respirasi yang dilakukan MDT 2. Monitroing dan evaluasi capaian kasus respirasi yang dilakukan MDT 3. Membuat rekomendasi hasil capaian kasus respirasi yang dilakukan MDT	Kegiatan MDT untuk kasus sulit respirasi rutin dilakukan. Total 46 kasus yang dilakukan MDT	Tercapainya target persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT mewujudkan pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence di RSUP Persahabatan

Kendala:

Belum ditentukan jenis kasus sulit yang akan dilakukan MDT sehingga

pelaksanaan MDT saat ini dilakukan untuk kasus dengan 2 DPJP atau lebih.

Langkah strategis perbaikan:

Rutin melaksanakan MDT pada setiap kasus sulit respirasi.

Rekomendasi:

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

20) Evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis

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

Tabel 27. 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	Realisasi SMT I	
	Indikator Rumah sakit yang mulai diukur tahun 2023, sesuai dengan kekhususan pada layanan RS						80%	89,80 %	85%	87,50 %	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		113,54%		103%		

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 Tim Kerja Pelayanan Medik.

Formula perhitungan :

= (Jumlah pasien tuberkulosis yang diperiksakan sputum mikroskopik untuk evaluasi pengobatan : jumlah pasien tuberkulosis yang diperiksakan sputum mikroskopik) x 100%
= (21 : 24) x 100%
= 87,50%

Realisasi capaian indikator evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis tercapai 87,50%, capaian telah memenuhi target tahun 2024. Total pasien TB yang telah dilakukan pemeriksaan mikroskopik selama

semester I tahun 2024 berjumlah 24 pasien, jumlah pasien TB yang belum mulai pengobatan berjumlah 3 pasien, jumlah evaluasi pasien TB yang telah dilakukan pemeriksaan mikroskopik sebanyak 21 pasien.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan 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 monitroing dan evaluasi oleh Tim TB RSUP Persahabatan	Tercapainnya target evaluasi pengobatan pasien tuber kulosis dengan pemeriksaan mikroskopis berdampak pada menurunnya angka kesakitan pasien TB.

Kendala:

Rendahnya kesadaran pasien TB untuk keberlanjutan pengobatan TB.

Langkah strategis perbaikan:

Aktif melaksanakan edukasi kepada masyarakat secara online dan offline terkait pencegahan dan penanganan kasus TB.

Gambar 11 Edukasi penyakit TB melalui media online

Rekomendasi:

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

21) **Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan**

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

Tabel 28. Capaian Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang Mendukung 9 Layanan Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan

Realisasi Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di RS Pendidikan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								10%	36,36%	10%
Capaian	NA		NA		NA		NA		364%		

Analisa :

Definisi operasional indikator adalah persentase penelitian klinik tepublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas yang dilaksanakan oleh SDM peneliti di RS Pendidikan dan dipublikasikan dalam buku, jurnal ilmiah, bulletin, *website* dan media publikasi cetak atau elektornik lainnya baik di internal maupun eksternal rumah sakit. Sumber data berasal dari hasil publikasi penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas dilakukan oleh staf RSUP Persahabatan. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula perhitungan :

= Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas : jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas x 100%
= (4 : 11) x 100%
= 36,36%

Realisasi capaian penelitian klinik terpublikasi pada semester I tahun 2024 tercapai 36,36%, capaian telah memenuhi target (10%). Total penelitian klinik pada tahun 2024 berjumlah 11 penelitian dan telah terpublikasi 4 penelitian. 11 penelitian klinik terdiri dari 6 penelitian di area kanker, 4 penelitian di area TBC dan 1 penelitian di area uronefrologi.

No	Nanam Staf RS	Judul Penelitian	Publikasi
1	Prof. Dr. dr. Erlina Burhan, M.Sc, Sp.P(K)	Penelitian Operasional PenggunaanPaduan Isoniazid, Rifapentine, Moksifloksasin, danPirazinamid (HPMZ) selama Empat Bulan bagi Pasien **Tuberkulosis** Sensitif Obat di Indonesia (PRIMA-4TB)	
2	Dr. Triya Damayanti, Sp.P(K), Ph.D	Deteksi Dini PPOK dan **Kanker Paru** Menggunakan Kuesioner Puma dan Skrining Resiko Kanker Paru disertai Pemeriksaan Fungsi Paru Menggunakan Spirometry danKarbonmonoksida pada Komunitas Rural di Bogor	

No	Nanam Staf RS	Judul Penelitian	Publikasi
3	Prof. Dr. dr. Erlina Burhan, Msc, Sp.P(K), Dr.dr FathiyahIsbaniah, Sp.P(K), MPdKed	Efektivitas Fusi Protein RekombinanTuberculin Skin Test (C-TST) untukDiagnosis Infeksi Laten **Tuberkulosis** di Indonesia	
4	dr. Erlang Samoedro, Sp.P(K)	Analisis Kesintasan **Kanker Paru**Terhadap Peran Kebugaran Pada Respons Kemoterapi : Kajian Terhadap Jalur Ekspresi PI3K, Protein Kinase B (AKT), mTOR	
5	Prof. dr. ElisnaSyahruddin, Ph.D, Sp.P (K), Dr.dr Heidy Agustin,Sp,P(K)	Luaran Tatalaksana **TuberkulomaParu** Setelah Pemberian Obat AntiTuberkolosis Selama Enam Bulan	
6	dr. Sita LaksmiAndarini, PhD, Sp.P (K)/ dr Fitriani Muchtar	Hubungan Kadar *Vascular Endothelial Growth Factor* (VEGF)Cairan Pleura Pada **Kanker Paru** Karsinoma Bukan Sel Kecil Terhadap Respon Terapi	
7	Kolanda Maria Septauli, Agus Dwi Susanto, Heidy Agustin, Tribowo TuahtaGinting, Feni Fitriani Taufik	*The 4T Approach for Smoking Cessation Compliance for Pulmonary Tuberculosis Patients inPersahabatan Referral Hospital*	https://doi.org/10.36497/jri.v44i1.578
8	dr. Sita LaksmiAndarini, PhD, Sp.P (K)/dr Aprilia Katarina	Kadar Survivin Cairan Pleura Pada **Kanker Paru** Karsinoma Bukan SelKecil dan Hubunganya dengan Luaran Klinis	
9	Mia Elhidsi, Jamal Zaini, Lisnawati Rachmadi, Asmarinah Asmarinah, Aria Kekalih, Noni Soeroso, Menaldi Rasmin	*Clinical and Bronchoscopy Assessment in Diagnosing the Histopathology Type of Primary Central Lung Tumors*	http://dx.doi.org/10.2174/0118743064318977240531100045
10	Riyadi Sutarto,Faisal Yunus, Jamal Zaini, Hana Khairina Putri Faisal	*DLCO and Spirometry in Non- Small Cell Lung Cancer Patients Receiving EGFR-TKI in Indonesia*	https://doi.org/10.2478/pneum-2024-0004
11	Doddy Hami Seno, Moammar Andar Roemare Siregar	*A rare case report of renal vein embolization after failed selective angioembolization to treat delayed complication of percutaneous nephrolithotomy*	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10832494/

Gambar 12 Daftar Publikasi penelitian klinik penyakit prioritas tahun 2024

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Mengusulkan anggaran bantuan biaya penelitian dan publikasi untuk penelitian klinik penyakit prioritas	1. Pembiayaan publikasi penelitian yang mempunyai afiliasi dengan RSP 2. Pembiayaan penelitian dan publikasi yang mendukung	Capaian publikasi penelitian klinik penyakit prioritas pada semester I telah memenuhi target capaian. Tercapainya target bertujuan untuk

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
	layanan respirasi ibu dan anak 3. Pembiayaan usulan HAKI penelitian yang terafiliasi dengan RSP	meningkatkan mutu dan layanan kesehatan dengan terciptanya temuan baru seperti tatalaksana pengobatan penyakit untuk mengurangi angka kesakitan.

Kendala:

Penelitian klinis membutuhkan prosedur, tenaga dan biaya yang cukup tinggi sehingga waktu yang dibutuhkan untuk satu penelitian relatif lama.

Langkah strategis perbaikan:

Aktif melakukan kolaborasi antar KSM dan instansi dalam dan luar negeri untuk pengembangan penelitian klinik penyakit prioritas.

Rekomendasi:

Evaluasi hasil penelitian untuk diimplementasikan pada pelayanan kesehatan.

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

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

Tabel 29. 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	Realisasi SMT I	
	Indikator rumah sakit yang mulai diukur ditahun 2023 karena penggabungan beberapa indicator yang serupa						40	113	50	86	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		283%		172%		

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 *Clinical Riset Unit*. Periode pelaporan indikator setiap semester.

Formula perhitungan :

= Jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di lingkungan RSUP Persahabatan

= 86 Penelitian respirasi

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah 2. Pelatihan GCP 3. Kerjasama multi center baik nasional maupun internasional	1. Dana publikasi pada semester I telah diberikan untuk 6 peneliti 2. Pelatihan GCP telah dilaksanakan dengan peserta 50 orang 3. Kerja sama penelitian multi center telah terlaksana	Indikator jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di lingkungan RSUP Persahabatan telah mencapai target. Hasil penelitian diharapkan dapat meningkatkan pelayanan di RSUP Persahabatan.

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.

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.

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

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

Tabel 30. Capaian jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten

Realisasi jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator rumah sakit yang mulai diukur ditahun 2023 karena penggabungan beberapa indicator yang serupa						10	18	12	25	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		180%		208%		

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. = 25 HAKI

Capaian jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten tercapai 25 HAKI, capaian telah memenuhi target.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Bantuan dana penelitian telah dianggarkan di TA 2024	Jumlah inovasi / penelitian yang menghasilkan HAKI / Hak Paten pada tahun 2024 tercapai 25 HAKI. Tercapainya HAKI dapat meningkatkan inovasi dan mengembangkan ilmu pengetahuan khususnya dibidang kesehatan guna meningkatkan mutu pelayanan kepada Masyarakat

Kendala:

Pengusulan HAKI rata-rata milik perorangan dan banyak yang belum mencantumkan institusi RS Persahabatan.

Langkah strategis perbaikan:

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

Rekomendasi:

Mengadakan sosialisasi cara pengajuan dokumen HAKI.

24) Jumlah Program Pendidikan dengan Dukungan Teknologi Terkini

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

Tabel 31. 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	Realisasi SMT I	
	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	Tidak ada
Capaian	100%		100%		100%		200%		100%		

Analisa :

Program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini merupakan program pendidikan jarak jauh dibidang kesehatan yang didukung dengan teknologi terknini.

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 Tim Kerja Pendidikan, Pelatihan dan Simulasi Respirasi.

Formula perhitungan :

= Jumlah program pendidikan yang didukung teknologi terkini
= 1 Program pendidikan

capaian jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini pada semester 1 tercapai 1 program yaitu pendidikan jarak jauh menggunakan teknologi i-ECHO yang digunakan untuk meningkatkan akses dan kualitas penatalaksanaan layanan kesehatan di Indonesia serta mendukung akselerasi pengembangan jejaring nasional seperti Asthma & TB.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi	Pada semester I tahun 2024 telah terselenggara pendidikan	Tercapainya indikator jumlah program pendidikan dengan

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
terkini 2. Sarana prasarana pendidikan dengan teknologi terkini	dengan teknologi terkini berupa i-ECHO yang digunakan oleh SDM kesehatan.	dukungan teknologi terkini berdampak pada peningkatan pengetahuan dan keterampilan SDM untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan

Kendala:

1. i-ECHO merupakan media pembelajaran secara online meeting sehingga kendala yang mungkin terjadi adalah terputusnya koneksi internet saat kegiatan berlangsung baik dari RS penyelenggara maupun peserta yang mengikuti.
2. Saat ini i-Echo dimanfaatkan untuk terapi penyakit asma dan TB

Langkah strategis perbaikan:

1. Meningkatkan kapasitas bandwidth agar koneksi internet tetap stabil.
2. Merencanakan pengembangan pelatihan menggunakan i-echo untuk penyakit KJSU

Rekomendasi:

1. Mengintegrasikan penyelenggaraan pelatihan dan pendidikan pada *website* LMS Kementerian Kesehatan agar pelatihan dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
2. Melakukan pengembangan pendidikan dan pelatihan untuk penyakit selain respirasi.

25) Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan

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

Tabel 32. Capaian tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan

Realisasi 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	Realisasi SMT I	
	86%	92,80%	86%	89,57 %	87%	93,54 %	≥80%	89,032 %	≥80%	89,29%	≥80%
Capaian	107,91%		104,15%		107,52%		111,29%		111,61%		111,61%

Analisa:

Definisi operasional indikator adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Perhitungan

capaian menggunakan survey kepuasan pasien dengan besaran sampel dari Morgan dan Krejcie. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan survey kepuasan pasien rawat jalan, rawat inap dan penunjang. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

= Rata-rata total nilai persepsi per unsur x nilai penimbang x 100% = 89,29%

Capaian kepuasan pasien pada semester I tahun 2024 sebesar 89,29%, capaian telah memenuhi target (≥80%). Unsur IKM yang mendapat nilai B adalah kesesuaian pelayanan.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Kerja sama dengan FKM UI untuk pelaksanaan kegiatan survey oleh pihak ke-3	Kegiatan survey IKM mandiri 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

Kendala:

Rekomendasi hasil survey eksternal tahun 2023 belum dilaporkan hasil tindak lanjutnya.

Langkah strategis perbaikan:

Koordinasi dengan unit terkait untuk perbaikan pelayanan berdasarkan hasil survey IKM disetiap unsur.

Rekomendasi:

Tim Kerja Hukum dan hubungan masyarakat sebaiknya menyusun laporan hasil tindak lanjut perbaikan survey agar perbaikan pelayanan dilakukan secara berkesinambungan.

26) Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN

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

Tabel 33 Capaian persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN

Realisasi persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						10%	10,39%	10%	-0,04%	10%
Capaian	NA		NA		NA		103,90%		0%		0%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah persentase kunjungan pasien non JKN di rs vertikal. Sumber data berasal dari data jumlah pasien di rumah sakit. Periode pelaporan setiap semester.

Formula perhitungan :

= (jumlah kunjungan pasien non JKN tahun berjalan – jumlah kunjungan pasien non JKN tahun lalu) : jumlah kunjungan pasien non JKN tahun lalu x 100%

= (11.211-11.215) : 11.215 x 100%

= -0,04%

Capaian jumlah kunjungan pasien non JKN pada semester I tahun 2024 tercapai -0.04%. Jumlah pasien non JKN pada semester I tahun 2024 berjumlah 11.211 pasien, jumlah pasien non JKN pada semester I tahun 2023 berjumlah 11.215. penurunan jumlah pasien non JKN pada tahun 2024 dibandingkan tahun 2023 adalah 0.04% (4 pasien) sehingga capaian belum memenuhi target tahun 2024.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Menambah jumlah tempat tidur di ruang rawat inap (IsDB) 2. Menambah jumlah tempat tidur ruang rawat inap eksekutif 3. Promosi layanan eksekutif baik rawat jalan maupun rawat inap 4. Evaluasi PKS asuransi swasta	1. Pelayanan rawat inap dan rawat jalan di gedung RSIA (IsDB) baru akan dibuka pada triwulan III 2. Optimalisasi pelayanan eksekutif dengan membuka ruang rawat inap kelas I hingga SVIP	Capaian jumlah kunjungan pasien non JKN pada semester I belum mencapai target sehingga pendapatan dari layanan non JKN belum maksimal.

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
5. Membuat paket operasi eksekutif		

Kendala:

Rata-rata pasien yang berkunjung merupakan pasien rujukan JKN.

Langkah strategis perbaikan:

Mengoptimalkan pelayanan eksekutif Griya Puspa dengan membuka layanan sore dan hari sabtu.

Rekomendasi:

1. Meningkatkan service *excellent* disemua pelayanan
2. Menindaklanjuti complain dari pengunjung baik secara online dan offline agar tercipta rasa percaya dari masyarakat terhadap pelayanan di RS Persahabatan.

27) Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

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

Tabel 34. Capaian persentase indikator nasional mutu (INM) yang mencapai target

Realisasi persentase indikator mutu (INM) yang mencapai target	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								100%	92,31%	100%
Capaian	NA		NA		NA		NA		92,31%		92,31 %

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 dengan capaian sesuai target : jumlah indikator INM x 100%
= (12 : 13) x 100%

= 92,31%

Realisasi capaian persentase indikator nasional mutu pada semester I tahun 2024 tercapai 92.31%, capaian belum memenuhi target (100%). Dari 13 INM yang telah memenuhi target indikator berjumlah 12 indikator, 1 indikator belum memenuhi target yaitu waktu tunggu rawat jalan.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Optimalisasi PIC data mutu terhadap seluruh capaian data indikator Nasional Mutu 2. Memastikan semua hasil capaian tervalidasi 3. Ketepatan pelaporan pada aplikasi INM Prima maksimal tanggal 5/bulannya 4. Melakukan monitroing dan evaluasi dan supervisi pada hasil capaian Indikator Nasional Mutu dan tindaklanjut	Validasi capaian INM, pelaporan INM dan monitroing dan evaluasi INM telah terlaksana secara konsisten.	Capaian laporan bulanan 13 indikator mutu nasional memberi dampak pada peningkatan mutu layanan secara berkesinambungan di RSUP Persahabatan

Kendala:

1. Masih ada jadwal dokter di poli yang bersamaan dengan jadwal operasi,
2. Adanya kewajiban visite pasien rawat inap sebelum jam 12 sehingga menyebabkan tenaga dokter terpecah di rawat inap dan poli rawat jalan saat jam sibuk pagi hari,
3. Masih ada Dokter yang belum meng klik "mulai periksa pasien" di prima
4. Beberapa aspek proses pendaftaran dan administrasi masih mengalami kendala akibat server down, baik pada jaringan aplikasi PRIMA maupun jaringan Badan Penyelenggara Penjamin Sosial, yang menghambat kecepatan layanan..

Langkah strategis perbaikan:

1. Koordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk memperbaiki jadwal dokter di poli dan kamar operasi,
2. Koordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik terkait jam visite dokter di

rawat inap,

3. Sosialisasi dengan tenaga keperawatan Instalasi Rawat Jalan untuk mengingatkan dokter untuk klik "mulai periksa", koordinasi dengan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk sosialisasi dengan KSM.
4. Sosialisasi dan pelatihan penggunaan sistem pendaftaran online kepada pasien, serta penguatan infrastruktur IT untuk meminimalkan risiko server down.

Rekomendasi:

Evaluasi dan perbaikan sistem untuk jam awal periksa dokter agar terintegrasi dengan pengisian *Subjective, Objective, Assessment & Plan* (SOAP).

28) Capaian hasil survey budaya keselamatan

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

Tabel 35. Capaian hasil survey budaya keselamatan

Realisasi capaian hasil survey budaya keselamatan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								SBK>75%		SBK>75%
Capaian	NA		NA		NA		NA				

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Pelayanan Kesehatan. Budaya keselamatan adalah budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya. Sumber data dari hasil survey budaya keselamatan kemenkes/AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Periode pelaporan indikator di akhir tahun.

Formula perhitungan :

= Hasil survey budaya keselamatan
=

Realisasi capaian hasil survey budaya keselamatan tersedia pada akhir tahun 2024.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun

kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Penyusunan Instrumen Survei 2. Pelaksanaan Survei 3. Analisis dan pelaporan	Tindak lanjut rekomendasi perbaikan pada survey tahun 2023	-

Kendala:

Survey budaya keselamatan dilaksanakan satu tahun sekali di akhir tahun sehingga belum bisa diukur di semester 1 2024

Rekomendasi dan Langkah strategis perbaikan:

Tindak lanjut rekomendasi perbaikan dari survey budaya keselamatan tahun 2023.

29) Jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu

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

Tabel 36. 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	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						6	26	8	67	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		433%		838%		

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 2024.

Formula perhitungan :

= Jumlah Rumah Sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu = 67 RS jejaring

capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu tercapai 67 MoU.

Analisa program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun

kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Visitasi dan penandatanganan MoU kerjasama 2. Pelatihan layanan respirasi dan TB 3. Proktorship layanan respirasi dan TB	Visitasi, penandatanganan MoU kerjasama, pelayanan layanan TB dan proctorship layanan TB telah terlaksana di semester I	Tercapainya jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu bertujuan untuk meningkatkan level strativikasi 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.

Kendala:

Untuk mencari kasus sulit di daerah relatif susah dan proses pembuatan Perjanjian Kerja Sama atau MoU dengan instansi di daerah harus berjenjang sehingga membutuhkan waktu yang lama.

Langkah strategis perbaikan:

1. Menindaklanjuti progress tanda tangan Perjanjian Kerja Sama atau MoU
2. Optimalisasi penggunaan dana pengampuan untuk penyediaan kebutuhan pengampuan seperti SDM, pelatihan, proctorship, pemenuhan sarpras agar instansi yang diampu dapat melakukan pelayanan TB secara mandiri.

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi kegiatan pengampuan dan penggunaan dana pengampuan TB.

30) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

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

Tabel 37. Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

Realisasi jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						1	1	1	2	1
Capaian	NA		NA		NA		100%		200%		200%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah rumah sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Periode pelaporan indikator setiap akhir tahun.

Formula perhitungan :

= jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal = 2 RS

Capaian pengampuan RS menjadi strata utama tercapai 2 RS yaitu RS Umum Haji Medan dan RSUD Palembang Bari.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Penandatanganan PKS 2. Pelatihan layanan respirasi dan TB 3. Pengajuan Alkes dan SDM tingkat utama	Penandatanganan PKS, pelatihan layanan TB telah terlaksana di semester I	Tercapainya strata utama pada RS pengampu TB untuk meningkatkan strata pelayanan agar dapat menurunkan angka kesakitan TB.

Kendala:

Keterbatasan SDM, sarana dan prasarana yang ada di daerah untuk pelayanan TB sesuai target strata.

Langkah strategis perbaikan:

Optimalisasi penggunaan dana pengampuan sesuai perencanaan untuk kegiatan pengampuan.

Rekomendasi:

Memberikan informasi kepada instansi yang diampu terkait pengajuan dana kepada penyelenggara bantuan dana untuk pengampuan.

31) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna

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

Tabel 38. Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna

Realisasi jumlah RS yang dibina dan mencapai strata	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						1	6	1	2	1

paripurna								
Capaian	NA	NA	NA	600%		200%		600%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah rumah sakit yang mencapai target strata paripurna setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Periode pelaporan indikator setiap akhir tahun.

Formula perhitungan :

= jumlah rumah yang tercapai strata paripurna setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal
= 2 RS

Capaian RS dengan strata paripurna tercapai 2 RS yaitu RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, RS Paru dr. H. A. Rotinsulu Bandung.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Penandatanganan MoU dan PKS 2. Pelatihan layanan respirasi dan TB 3. Pengajuan Akes dan SDM tingkat paripurna 4. Peningkatan kegiatan proctorship maks 4 5. Pelaksanaan visitasi dan monitroing dan evaluasi RS yang diampu	Penandatanganan PKS, pelatihan layanan TB telah terlaksana di semester I	Tercapainya indikator jumlah rumah sakit yang tercapai strata targetnya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal bertujuan untuk meningkatkan

Kendala:

Keterbatasan SDM, sarana dan prasarana yang ada di daerah untuk pelayanan TB sesuai target strata.

Langkah strategis perbaikan:

Optimalisasi penggunaan dana pengampuan sesuai perencanaan untuk kegiatan pengampuan.

Rekomendasi:

Memberikan informasi kepada instansi yang diampu terkait pengajuan dana kepada penyelenggara bantuan dana untuk pengampuan.

32) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

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

Tabel 39. Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya

Realisasi jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								4	4	4
Capaian	NA		NA		NA		NA		100%		100%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah rumah sakit yang mencapai target strata madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal. Periode pelaporan indikator setiap akhir tahun.

Formula perhitungan :

= jumlah rumah yang tercapai strata paripurna setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal
= 2 RS

Capaian RS dengan strata paripurna tercapai 2 RS yaitu RSUP Dr. Mohammad Hoesin Palembang, RS Paru dr. H. A. Rotinsulu Bandung.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Penandatanganan MoU dan PKS 2. Pelatihan layanan respirasi dan TB 3. Pengajuan Akes dan SDM tingkat paripurna 4. Peningkatan kegiatan proctorship maks 4 5. Pelaksanaan visitasi dan monitroing dan evaluasi RS yang diampu	Penandatanganan PKS, pelatihan layanan TB telah terlaksana di semester I	Tercapainya indikator jumlah rumah sakit yang tercapai strata targetnya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal bertujuan untuk meningkatkan

Kendala:

Keterbatasan SDM, sarana dan prasarana yang ada di daerah untuk pelayanan TB sesuai target strata.

Langkah strategis perbaikan:

Optimalisasi penggunaan dana pengampuan sesuai perencanaan untuk kegiatan pengampuan.

Rekomendasi:

Memberikan informasi kepada instansi yang diampu terkait pengajuan dana kepada penyelenggara bantuan dana untuk pengampuan.

33) *Benchmarking / sister hospital*

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

Tabel 40. 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	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						2	2	3	2	Tidak Ada
Capaian	NA		NA		NA		100%		67%		

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 institusi luar negeri yaitu National Cancer Center dan Daegu Medical Center.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Membuat usulan *benchmarking* terkait program sister hospital 2. Membuat laporan hasil *benchmarking* 3. Membuat MoU terkait program sister hospital	Penjajakan ke instansi luar negeri telah dilakukan selama semester I telah dilakukan penjajakan ke 4 instansi luar negeri.	Capaian benchmarking pada semester I tercapai 2 Institusi, capaian belum memenuhi target satu tahun.

Kendala:

Proses negosiasi dengan instansi luar negeri membutuhkan waktu yang lama.

Langkah strategis perbaikan:

Mengikuti prosedur pengajuan kerja sama dengan instansi luar negeri, melengkapi dokumen yang dibutuhkan dan menindaklanjuti pengajuan proposal.

Rekomendasi:

Evaluasi proses pengajuan kerja sama luar negeri.

34) Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara

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

Tabel 41. 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	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						50%	80%	70%	80%	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		160%		114%		

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 :

= (capaian layanan respirasi unggulan tahun berjalan : outcome layanan respirasi unggulan yang harus dicapai) x 100%
= (4:5) x 100%
= 80%

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 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutkahir	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 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 tersedia pendonor organ.

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.

Rekomendasi:

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

35) Persentase capaian tata kelola RS vertikal BLU yang baik

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

Tabel 42. Capaian persentase capaian tata kelola RS vertikal BLU yang baik

Realisasi persentase capaian tata kelola RS vertikal BLU yang baik	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								100%	100%	100%
Capaian	NA		NA		NA		NA		100%		100%

Analisa:

Definisi operasional indikator adalah persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran (rasio kas dalam rentang standar 180-360%, rasio POBO diatas nilai standar >45% atau >65%). Metode

pengumpulan data diperoleh dari laporan keuangan yang disusun oleh Tim Kerja Akuntasi dan BMN. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

POBO = 78,45%, skor 100 Rasio kas = 274,75%, skor 100 = rata-rata skor rasio kas dan rasio POBO = (100+100) : 2 = 100

Realisasi persentase capaian tata kelola RS vertikal BLU yang baik pada semester I tahun 2024 tercapai 100%.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Terlaksanakannya penghitungan Rasio Kas dengan target capaian 180% s/d 360% dan Rsio POBO > 65%	Kegiatan penghitungan POBO dan rasio kas telah dilakukan secara berkala	Indikator persentase kenaikan POBO pada bulan Desember 2023 telah memenuhi target.

Kendala:

1. Pendapatan belum mencapai target sehingga pendapatan belum optimal untuk menutupi biaya operasional.
2. Sistem digitalisasi data layanan dan pendapatan belum dapat menampilkan data secara detail pertindakan disetiap layanan.

Langkah strategis perbaikan:

1. Melakukan evaluasi alur penagihan agar tidak melebihi batas waktu pembayaran.
2. Melengkapi persyaratan klaim asuransi khususnya Badan Penyelenggara Penjamin Sosial agar klaim dapat diterima sesuai jumlah pengajuan klaim.

Rekomendasi:

Berkoordinasi dengan SIMRS, Unit Pelayanan dan Keuangan untuk pernyempurnaan sistem keuangan agar dapat menampilkan jumlah pendapatan dan layanan dari revenue center.

36) Persentase kenaikan revenue

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

Tabel 43. 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	Realisasi SMT I	
	4,63%	8%	4,69%	19,67%	4,75%	6,81%	4,88%	9,19%	4,94%	7,64 %	Tidak ada
Capaian	172,79%		419,40%		143,37%		188,39%		155%		

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 Tim Kerja Perencanaan Anggaran.

Formula perhitungan :

= rata-rata (penerimaan operasional, penerimaan lain-lain dan penerimaan dari hibah yang tidak mengikat setiap bulan : target pendapatan tahun berjalan) x 100%

= (277.423.383.687 : 605.000.000.000) x 100% : 6

= 7,64%

capaian kenaikan revenue per Juni 2024 sebesar 7.64%, capaian telah memenuhi target yaitu 4.94%.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Monitoring dan evaluasi ketepatan waktu dan nilai dari seluruh penerimaan baik layanan maupun non layanan 2. Memastikan semua penerimaan non layanan sudah ditagihkan 3. Memastikan target unit-unit revenue center tercapai sesuai target, contohnya : Griya puspa dan UTD	1. Penagihan, Monitroing dan evaluasi ketepatan waktu penghitungan revenue layanan dan non layanan telah dilakukan setiap bulan 2. Monitroing dan evaluasi pendapatan revenue center telah dilakukan setiap bulan	Tercapainya indikator kenaikan revenue diharapkan dapat memenuhi target-target penerimaan/pendapatan rumah sakit sehingga dapat memenuhi biaya operasional RS.

Kendala:

Pendapatan dari layanan non JKN masih rendah

Langkah strategis perbaikan:

1. Optimalisasi penyerapan anggaran
2. Meningkatkan kinerja keuangan

Rekomendasi:

1. Peningkatan promosi layanan kesehatan untuk meningkatkan pendapatan RS
2. Pemanfaatan lahan untuk sewa tempat usaha

37) Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

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

Tabel 44. Capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Realisasi persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						50%	97,40%	95%	97,40%	95%
Capaian	NA		NA		NA		105,30%		103%		103%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 :

= (jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti : jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK) x 100%
= (150:154) x 100%

= 97,40%

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 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Mengikuti udangan Zoom dengan Tim BPK terkait TLLHP BPK; 2. Pemenuhan berkas/data terkait TLLHP BPK; 3. Rapat Koordinasi dengan unit terkait membahas tanggapan atas konsep; temuan ; 4. Membahas dan membuat jawaban tindak lanjut atas laporan hasil pemeriksaan (LHP BPK)	Pemenuhan dokumen tindak lanjut telah dilaksanakan pada semester I tetapi masih ada beberapa kendala terkait data dukung dari pihak ke-3 / vendor.	Tercapainya indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindak lanjuti diharapkan dapat mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi wilayah bebas korupsi

Kendala:

Temuan di tahun 2017 masih ada kendala dipihak vendor yang tidak mengakui adanya temuan kemahalan dalam rekomendasi BPK.

Langkah strategis perbaikan:

1. Tindak lanjut rekomendasi BPK
2. Diplomasi ke Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) untuk penyedia yang tidak mengakui kesalahan dan membayar kewajiban

Rekomendasi:

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

38) Persentase realisasi target pendapatan BLU

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

Tabel 45. 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	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						95%	84,34%	90%	42,78%	90%
Capaian	NA		NA		NA		88,78%		47,53%		47,53%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 :

= (realisasi pendapatan rawat jalan+pendapatan rawat inap+pendapatan layanan lainnya) : target pendapatan BLU x 100%
= (258.808.392.978 : 605.000.000.000) x 100%
= 42,78%

persentase realisasi target pendapatan BLU sampai Juni 2024 tercapai 42.78%, capaian belum memenuhi target satu tahun yaitu 90%. Dari total target pendapatan Rp605.000.000.000 tercapai Rp258.808.392.978.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Optimalisasi penerimaan di Griya Puspa 2. Memastikan semua penerimaan non layanan sudah ditagihkan, contohnya sewa lahan 3. Ketepatan pelaporan pengesahan yang dilakukan minimal 2x per bulan 4. Memastikan semua tagihan piutang telah ditagihkan dan dibayarkan	1. penagihan sewa lahan telah dilakukan setiap bulan 2. pelaporan pengesahan telah dilakukan minimal 2x perbulan	Capaian realisasi target pendapatan BLU belum mencapai target 50% di semester I.

Kendala:

Pendapatan non JKN masih rendah.

Langkah strategis perbaikan:

Kolaborasi evaluasi pendapatan dengan optimalisasi pelayanan

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi tarif pelayanan terbaru

39) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni

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

Tabel 46. Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni

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	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						95%	97,09%	96%	71,22%	96%
Capaian	NA		NA		NA		100%		74%		74%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 :

= (realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni : total anggaran yang bersumber dari rupiah murni) x 100%
= (58.941.564.630 : 82.757.462.000) x 100%
= 71,22%

Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni sampai Juni 2024 tercapai 71.22%. Total pagu anggaran sumber dana dari rupiah murni sebesar Rp82.757.462.000 telah terserap sebesar Rp58.941.564.630.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Monitoring belanja pegawai yang telah	1. monitroing dan evaluasi belanja pegawai dilakukan	Capain persentase realisasi anggaran bersumber dari rupiah

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
diusulkan dengan pembayaran 2. Melakukan percepatan proses pelaksanaan pelatihan pengampu TB 3. Melakukan percepatan proses pengajuan SPM pembayaran	setiap bulan 2. kegiatan pelatihan pengampuan TB dari 4 pelatihan baru 2 pelatihan yang dilaksanakan	murni tahun 2024 telah melebihi serapan 50% disemester I.

Kendala:

Kegiatan menggunakan dana rupiah murni dengan penyerapan dana dibawah 50% adalah kegiatan pengampuan TB karena banyak kegiatan yang dijadwalkan pada semester II.

Langkah strategis perbaikan:

Melaksanakan kegiatan pengampuan sesuai jadwal yang telah ditetapkan.

Rekomendasi:

Monitoring penggunaan pagu anggaran setiap bulan.

40) Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

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

Tabel 47. Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

Realisasi persentase realisasi bersumber rupiah BLU	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						95%	78,22%	90%	33,44%	90%
Capaian	NA		NA		NA		82,34%		37%		37%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 :

= (realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU : total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU) x 100%

= (225.332.431.882 : (605.000.000.000+68.803.843.000) x 100%

= 33,44%

Persentase realisasi anggaran bersumber dana BLU sampai Juni 2024 tercapai 33.44%. Total anggaran dari rupiah BLU adalah Rp.673.803.843.000, penyerapan anggaran bersumber dana BLU adalah Rp225.332.431.882.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Tim Ker Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya. 2. Rekonsiliasi dengan Tim Ker Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran. 3. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monitroing dan evaluasi Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.	Kegiatan kompilasi laporan pengeluaran BLU, rekonsiliasi dengan Tim Ker Akuntansi, pelaporan ke KPA, penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monitroing dan evaluasi Bappenas telah rutin dilaksanakan setiap bulan.	Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU tahun 2024 belum memenuhi target 50%. Tidak tercapainya target realisasi anggaran bersumber rupiah BLU karena penerimaan 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.

Langkah strategis perbaikan:

1. Review unit cost diseluruh pelayanan
2. Evaluasi koding 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.

41) Persentase nilai EBITDA Margin

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

Tabel 48. Capaian persentase nilai EBITDA Margin

Realisasi persentase nilai EBITDA Margin	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi SMT I	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						15%	-5.17%	15%	-20.29%	15%
Capaian	NA		NA		NA		-34%		-135.28%		-135.28%

Analisa:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. 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 :

EBITDA margin = (EBITDA : pendapatan) x 100%
= (-48.070.770.239 : 236.887.939.711) x 100%
= -20,29%

Capaian persentase nilai EBITDA Margin pada Juni tahun 2024 sebesar -20.29%.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisa Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Terlaksanakannya penghitungan EBITDA Margin dengan target capaian 10% s/d 20%	Kegiatan penghitungan EBITDA Margin telah rutin dilaksanakan setiap bulan	Capaian Ebitda Margin pada belum memenuhi target 1 tahun. Hasil nilai EBITDA Margin mencerminkan berapa banyak laba Rumah Sakit dalam satu tahun.

Kendala:

1. Biaya operasional pada semester I tahun 2024 sangat tinggi (belanja pegawai naik 16M disbanding semester I tahun 2023 dan kenaikan pada biaya pemeliharaan)
2. Pendapatan belum memenuhi target setiap bulan

Langkah strategis perbaikan:

1. Perbaikan alur tagihan

2. Evaluasi belanja pegawai dan biaya pemeliharaan

Rekomendasi:

1. Kolaborasi evaluasi pendapatan dengan optimalisasi pelayanan
2. Perbaikan sistem informasi terkait dengan laporan keuangan

2. Efisiensi

Dalam rangka mewujudkan tujuan, visi dan misi, RSUP Persahabatan melaksanakan program kegiatan dengan mempertimbangkan penghematan sumber daya dan dana. Upaya penghematan dilakukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas kinerja agar keberhasilan program dan target kinerja dapat tercapai dengan penggunaan sumber daya dan dana serendah-rendahnya. Berikut efisiensi penggunaan sumber daya dan dana selama semester I tahun 2024:

Tabel 49 Efisiensi Sumber Daya

Sasaran strategis / sasaran kegiatan	Kegiatan	Pagu Anggaran Tahun 2023	Pagu Anggaran Tahun 2024	Efisiensi Biaya	% efisiensi	Analisa
Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	Belanja Jasa (listrik, telepon, air, internet pengelolaan limbah B3 pada dan tajam)	Rp 17.575.674.000	Rp 16.672.084.000	Rp 903.590.000	5%	Penghematan pemakaian sumber daya disetiap unit kerja seperti penggunaan telepon, air, listrik, internet dan pengelolaan limbah.
	Foto Copy / Penggandaan	Rp 121.600.000	Rp 75.000.000	Rp 46.600.000	38%	untuk mewujudkan green hospital dengan mengurangi penggunaan kertas (penggandaan dokumen atau surat diprioritaskan menggunakan media elektronik) disetiap unit/instalasi dengan mengurangi biaya foto copy.
	Belanja snack rapat	Rp 249.970.000	Rp 100.000.000	Rp 149.970.000	60%	memanfaatkan penggunaan media meeting online dapat mengurangi biaya snack rapat
	Belanja barang (IPSRS)	Rp 116.165.000	Rp 53.813.000	Rp 62.352.000	54%	mengoptimalkan ketepatan pemeliharaan sarpras IPRS untuk mengurangi belanja barang IPSRS

Sasaran strategis / sasaran kegiatan	Kegiatan	Pagu Anggaran Tahun 2023	Pagu Anggaran Tahun 2024	Efisiensi Biaya	% efisiensi	Analisa
	cetakan medik	Rp 177.933.000	Rp 170.224.000	Rp 7.709.000	4%	Terimplementasinya EMR yang terintegrasi disetiap layanan mengurangi pagu anggaran cetakan medik. Cetakan medik tetap dianggarkan untuk antisipasi saat down time dan penggunaan form yang mewajibkan ada tanda tangan pasien/petugas medik.

B. Realisasi Anggaran

Anggaran RSUP Persahabatan tahun 2024 berjumlah Rp993.951.665.000 (Revisi DIPA ke-4) yang terdiri dari APBN (RM) Rp82.757.462.000, PNBP (BLU) Rp dan pinjaman luar negeri (ISDB) Rp742.607.686.000. Realisasi dalam mendukung tercapainya kinerja RSUP Persahabatan selama semester I adalah sejumlah Rp357.488.341.297 atau 36% dan sisa anggaran sebesar Rp363.463.323.703. Alokasi realisasi anggaran berdasarkan perjanjian kinerja sebagai berikut:

Tabel 50 Realisasi Anggaran Semester I Tahun 2024

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja *excellent*	1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥20 jam 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB 3. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 4. Tindak lanjut hasil survey implementasi nilai ber Akhlak 5. Terlaksananya pelatihan *Good Clinical Practice* dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi 6. Terlaksananya pemberian remunerasi baru yang berkeadilan bagi seluruh karyawan 7.Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran 8.Terlaksanaanya Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	1. Terlaksananya Pengembangan kompetensi pegawai sesuai tugas dan fungsi (20 JPL) 2. Penyerapan bantuan dana pendidikan IsDB sesuai target 3. Penyerapan bantuan dana untuk publikasi penelitian di jurnal internasional sesuai target 4. Survey nilai Ber Akhlak 5. Evaluasi hasil survei nilai Ber Akhlak 6. Tindak lanjut hasil survei nilai Ber Akhlak 7. Monitoring dan Evaluasi implemetasi nilai Ber Akhlak 8. Jumlah pelatihan GCP dan Pelatihan penulisan karya ilmiah dalam 1 tahun 9. Evaluasi sistem perhitungan remunerasi bagi tenaga medis 10. Penyusunan kontrak kinerja pegawai 11. Penilaian kinerja pegawai 12. Pembuatan aplikasi remunerasi bagi perawat dan	Rp 81.757.462.000	Rp 58.572.078.847

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
					nakes lainnya 13. Perhitungan remunerasi tenaga perawat dan nakes lainnya berbasis aplikasi 14. Terselenggaranya kerjasama pendidikan kedokteran dan atau kesehatan antara RS dengan Institusi Pendidikan		
2	Terwujudnya sarana dan prasarana yang berkualitas, efektif, efisien dan ramah lingkungan	2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	1. Terlakasananya Laporan Capaian KPI renstra 2. Usulan perbaikan peralatan medik 3. Usulan kegiatan kontrak service peralatan non medik 4. Sudah Terlaksananya / Berkontrak dengan penyedia pengadaan suku cadang dan sparepart 5. Mengusulkan persekot pekerjaan pemeliharaan gedung	1. Laporan Capaian KPI renstra bulanan 2.Laporan rekapitulasi kerusakan sarana prasarana medik berbasis aplikasi SAM RS 3.Laporan monitroing dan evaluasi hasil pekerjaan kontrak service pemeliharaan alat non medik 4.Laporan pemakaian suku cadang 5.Laporan pertanggung jawaban persekot pekerjaan pemeliharaan gedung	Rp 79.019.156.000	Rp 895.079.815
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	1. Updating Alkes PDN kepada user melalui kegiatan Presentasi Alkes/ Demo atau Trial Alkes/ Pameran Alkes 2. Resosialisasi Regulasi Penggunaan Produk Dalam Negeri 3. Evaluasi Penggunaan Alkes Dalam Negeri berupa laporan dari Unit	1. Pembelian alkes PDN ≥70% 2.Terlaksananya penggunaan alkes PDN 3. Evaluasi penggunaan alkes PDN		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
				Pengguna 4. Feedback kepada Penyedia terkait keluhan terhadap alkes PDN dari user sehingga dapat ditindaklanjuti untuk penyempurnaan produk			
		4	Persentase Pemenuhan SPA RS UPT Vertikal sesuai standar *	Penginputan fasilitas pada aplikasi ASPAK untuk sarana dan prasarana medik maupun non medik	Laporan ASPAK untuk sarana dan prasarana medik maupun non medik		
		5	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalinrasi sesuai standar*	Usulan kalibrasi peralatan medik	Laporan kegiatan kalibrasi peralatan non medik		
3	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan dan terintegrasi	6	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	1. Pengembangan dashboard layanan, keuangan, piutang, SDM 2. Pengembangan aplikasi Keuangan dan inventory 3. *Self Assesment* Tingkat Maturitas BLU 2023	Tersedianya dashboard layanan, keuangan, piutang, SDM	Rp 20.432.357.000	Rp 4.704.437.339
		7	Jumlah Layanan berbasis genomik di hubs RS *	Terlaksananya rekrutmen pasien BGSI sampai saat ini sebanyak 500 sampel, terlaksananya penerimaan logistik untuk keperluan kegiatan BGSI, terlaksananya pelatihan Biobank dan supervisi dari tim BGSi pusat	Terlaksana layanan pemeriksaan tNGS dan WGS Tuberkulosis yang tercatat dan dilaporkan secara berkesinambungan		
		8	Jumlah rektrutmen sample	Melakukan rekrutment sampel darah dari orang dan orang sakit	Terlaksananya pemeriksaan HWGS		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
			pelaksanaan pemeriksaan HWGS**	Tuberkulosis, melakukan pengiriman sample ke BGSi pusat untuk pemeriksaan HWGS			
		9	Persentase layanan RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal*	1. Pengembangan sistem RME lanjutan (MCU Pegawai, Surat Keterangan Lahir, RME untuk PPDS, G15 Transfusi Darah, Penambahan Komponen RME, Review RME) 2. Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2024 3. Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME 4. Rapat koordinasi terkait hasil monitroing dan evaluasi rekam medik elektronik 5. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia	1. Tersedianya RME lanjutan (MCU Pegawai, Surat Keterangan Lahir, RME untuk PPDS, G15 Transfusi Darah, Penambahan Komponen RME, Review RME) 2. Persentase kelengkapan perangkat untuk menunjang kegiatan RME lanjutan tahun 2023 3. Tercapainya kegiatan pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME 4. Pengisian rekam medik berjalan optimal 5. Terlaksananya monitoring integrasi RME unit penunjang 6. Terlaksananya evaluasi integrasi RME unit penunjang		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	1. Review 5 buah PPK per KSM per tahun 2. Terlaksananya monitoring dan evaluasi PPK bersama tim terkait 3. Terlaksananya kegiatan siang klinis/kasus terpadu/kasus kematian 4. Laporan audit medis	1. Terlaksananya Review PPK 2. Terlaksananya kegiatan siang klinis/kasus terpadu/kasus kematian 3. Terlaksananya Audit Medis	Rp 16.672.084.000	Rp 7.204.808.018
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Persentase pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif	1. Monitoring kasus-kasus kompleks melalui case manager 2. Melakukan MDT untuk kasus-kasus kompleks dengan mengundang pihak terkait 3. Mencatat hasil capaian NDR 4. Monitroing dan evaluasi hasil capaian NDR 5. Membuat rekomendasi hasil capaian NDR	Terlaksananya MDT kasus kompleks	Rp237.390.360.000	Rp 73.214.344.785
		12	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal*				
		13	Jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit*	1. Koordinasi komite medik dengan KSM terkait untuk penentuan 9 layanan prioritas 2. Laporan Audit medis terkait 9 layanan prioritas.	1. Terlaksananya Koordinasi komite medik dengan KSM terkait untuk penentuan 9 layanan prioritas 2. Terlaksananya Audit Medis		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		14	Persentase kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit*	1.Mencatat hasil capaian hasil waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit 2. Monitroing dan evaluasi hasil capaian waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit 3. Membuat rekomendasi hasil capaian	Tercapainya waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit		
6	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	15	RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional*	1. Melakukan banchmarking 2. Penjajakan dengan pihak asing terkait pelayanan unggulan 3. Membuat draft MOU dengan pihak asing terkait pelayanan unggulan 4. Pengesahan MOU	Tersedianya MOU dengan pihak asing	Rp 44.849.815.000	Rp 5.672.575.320
		16	Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien*	1. Merekap sarpras terkait pelayanan pasien 2. Melaporkan sarpras yang sudah usang 3. Penambahan Valet Parkir di Griya Puspa dan Gedung ISDB 4. Usulan renovasi ruang tunggu pasien IGD 24jam	1. Tidak adanya kendala pelayanan di unit pelayanan 2. Terlaksananya Valet Parkir di gedung GP dan ISDB 3. Adanya dokumen Detail Engineering Design renovasi ruang tunggu pasien IGD 24 jam		
		17	Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan*	1. Pendampingan pasien di Lobby Rawat jalan Gd. Prof. Rasmin Rasjid 2. Pemberian informasi secara langsung di lobby rawat jalan Gd. Prof. Rasmin Rasjid 3. Memfasilitasi keluhan secara langsung di Gd. Prof. Rasmin Rasjid	Tercapainya pemberian informasi , pendampingan informasi dan fasilitasi keluhan		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		18	Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis*	Pencegahan kejadian aspirasi pada kasus TB Hemoptisis	Laporan Kejadian dan tindak lanjut pada pasien dengan Aspirasi pada kasus TB Paru Hemoptisis		
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang *excellent*	19	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (*Multi Disciplinary Team*)	1. Membuat surat ke KSM terkait kasus respirasi yang dilakukan MDT 2. Monitroing dan evaluasi capaian kasus respirasi yang dilakukan MDT 3. Membuat rekomendasi hasil capaian kasus respirasi yang dilakukan MDT	Tersedianya laporan MDT respirasi	Rp 1.723.430.000	Rp 23.998.147
		20	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Evaluasi dengan mikroskopik setiap bulan diperlukan untuk mengetahui konversi BTA. Evaluasi dengan mikroksopik setiap bulan untuk menentukan gagal pengobatan	Evaluasi pengobatan dengan mikroksopik diperlukan untuk mengetahui keberhasilan pengobatan.		
8	Terwujudnya pusat penelitian inovasi dibidang respirasi	21	Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan*	sudah ada 8 penelitian untuk layanan unggulan oleh stafRS Persahabatan	dari sembilan sudah ada penelitian sebanyak 8 penelitian di 9 layanan prioritas, yaitu 7 penelitian di Area TBC dan Respirasi dan 1 penelitian di Area Uronefrologi	Rp 26.739.534.000	Rp 430.169.120

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		22	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun	1. sudah diberikan dana publikasi ilmiah sebanyak 6 peneliti 2. sudah dilaksanakan peletihan GCP dengan peserta 50 orang 3. sudah dilaksanakan penelitian multicenter oleh Prof Erlina dan KSM paru	1. Sudah dibayarkan ke Rp. 46 164 365 2. Sudah dilaksanakan GCP tahap pertama dengan 50 peserta dari taget 100 peserta 3. Penelitian yang sudah dilaksanakan sebanyak 1 penelitian di triwulan I 2024		
		23	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	Sudah ada 10 HAKI yang sudah terbit	sudah terbit 10 HAKI dari 12 yang ditagetkan		
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	24	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Terlaksanaanya Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	Jumlah Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	Rp 108.000.000	
10	Terwujudnya Kepuasan *Stakeholder*	25	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Kerjasama dengan FKM UI untuk pelaksanaan kegiatan survey oleh Pihak ke-3	Mengetahui hasil survey independent pihak ke 3 yang akan dibandingkan dengan hasil survey Internal TK Hukermas dan akan dikirimkan ke Kementerian kesehatan dan Kementerian Keuangan sebagai Indikator KPI dalam bentuk Buku	Rp170.248.491.000	Rp 54.097.394.249

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN*	1. Menambah jumlah tempat tidur di ruang rawat inap (IsDB) 2. Menambah jumlah tempat tidur ruang rawat inap eksekutif 3. Promosi layanan eksekutif baik rawat jalan maupun rawat inap 4. Evaluasi PKS asuransi swasta 5. Membuat paket operasi eksekutif	Peningkatan jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap eksekutif		
11	Terwujudnya mutu pelyanan kesehatan	27	Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target*	1. Optimalisasi PIC data mutu terhadap seluruh capaian data indikator Nasional Mutu 2. Memastikan semua hasil capaian tervalidasi 3. Ketepatan pelaporan pada aplikasi INM Prima maksimal tanggal 5/bulannya 4. Melakukan monitroing dan evaluasi dan supervisi pada hasil capaian Indikator Nasional Mutu dan tindaklanjut	Terlaksananya upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui data capaian INM	Rp 51.300.567.000	Rp 23.098.986.095
		28	Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan *	a. Penyusunan Instrumen Survei b. Pelaksanaan Survei c. Analisis dan pelaporan	1. Terwujudnya pelaksanaan Survey Budaya Keselamatan guna mengukur mengimplementasikan budaya keselamatan secara kongkret dalam pekerjaannya sehari-hari. 2. Informasi yang diperoleh dari hasil Survei dapat dijadikan sebagai acuan dalam		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
					meningkatkan kualitas implementasi budaya keselamatan di lingkungan RSUP Persahabatan serta untuk perbaikan di masa yang akan datang		
12	Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	29	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	a. Visitasi dan penandatanganan MoU Kerjasama b. Pelatihan Layanan Respirasi dan TB c. Proktorship layanan Respirasi dan TB d. Monitroing dan evaluasi Kegiatan Respirasi dan TB	Peningkatan jumlah RS Jejaring pelayanan TB	Rp 1.000.000.000	Rp 369.485.783
		30	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama**	1) Penandatanganan PKS, 2) Pelatihan layanan Respirasi dan TB 3) Pengajuan Alkes dan SDM tingkat Utama	1) Adanya Peningkatan jumlah penandatangana PKS antara RS Persahabatan, RS Pengampu Regional dan RS Utama, 2) Pengajuan Alkes Kesehatan dan SDM tingkat Utama dan 3) Peningkatan jumlah RS mengikut pelatihan layanan Respirasi dan TBC		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		31	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna**	1) Penandatanganan MoU dan PKS, 2) Pelatihan layanan Respirasi dan TB, 3) Pengajuan Alkes dan SDM tingkat Paripurna 4) Peningkatan Kegiatan Proctorship maks 4 5) Pelaksanaan Visitasi dan Monitroing dan evaluasi RS yang diampu	1) Adanya Peningkatan jumlah penandatanganan PKS antara RS Persahabatan, RS Pengampu Regional dan RS Utama, 2) Pengajuan Alkes Kesehatan dan SDM tingkat Paripurna dan 3) Peningkatan jumlah RS mengikut pelatihan layanan Respirasi dan TBC 4) Peningkatan Kegiatan Proctorship 5) Pelaksanaan Monitroing dan evaluasi RS yang diampu tingkat Utama dan Madya		
		32	Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya**	1) Penandatanganan PKS, 2) Pengajuan Alkes dan SDM tingkat Madya, 3) Peningkatan jumlah RS yang mengikuti Pelatihan	1) Adanya Peningkatan jumlah penandatangana PKS dengan RS Pengampu Regional 2) Pengajuan Alkes Kesehatan dan SDM tingkat Madya dan 3) Peningkatan jumlah RS mengikuti pelatihan layanan Respirasi dan TBC		
13	Terwujudnya rujukan espirasi asia tenggara	33	*Benchmarking/Sister Hospital*	1. Membuat usulan banchmarking terkait program sister hospital 2. Membuat laporan hasil banchmarking 3. Membuat MOU terkait program sister hospital	Terlaksananya banchmarking terkait program sister hospital	Rp 514.774.000	Rp 400.484.734

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		34	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	1. Menyiapkan SDM dan sarpras layanan unggulan respirasi setara kelas asia tenggara 2. Melaksanakan pelayanan unggulan yang setara asia tenggara 3. Membuat laporan hasil layanan unggulan yang setara asia tenggara	Terlaksananya layanan unggulan yang setara asia tenggara		
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	35	Pesentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik*	Terlaksanakannya penghitungan Rasio Kas dengan target capaian 180% s/d 360% dan Rsio POBO > 65%	1. Rasio Kas adalah Perbandingan antara Kas setara kas dengan kewajiban (tingkat kemampuan RS untuk membiayai utang) 2. POBO adalah perbandinga antara pendapatan PNBP dan Biaya Operasional (untuk mengukur tingkat kemandirian rumah sakit)	Rp262.195.635.000	Rp128.804.499.045

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		36	Persentse kenaikan Revenue	1. Monitoring dan evaluasi ketepatan waktu dan nilai dari seluruh penerimaan baik layanan maupun non layanan 2. Memastikan semua penerimaan non layanan sudah ditagihkan 3. Memastikan target unit-unit revenue center tercapai sesuai target, contohnya : Griya puspa dan UTD	Terlaksananya kenaikan revenue RS tahun 2024 dengan target 4,94%		
		37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan*	1. Mengikuti udangan Zoom dengan Tim BPK terkait TLLHP BPK; 2. Pemenuhan berkas / data terkait TLLHP BPK; 3. Rapat Koordinasi dengan unit terkait membahas tanggapan atas konsep; temuan ; 4. Membahas dan membuat jawaban tindak lanjut atas laporan hasil pemeriksaan (LHP BPK)	1. Berkurangnya jumlah temuan BPK yang harus ditindaklanjuti; 2. Meningkatnya persentase jumlah temuan yang tuntas ditindaklanjuti.		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		38	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU*	1. Optimalisasi penerimaan di Griya Puspa 2. Memastikan semua penerimaan non layanan sudah ditagihkan, contohnya sewa lahan 3. Ketepatan pelaporan pengesahan yang dilakukan minimal 2x per bulan 4. Memastikan semua tagihan piutang telah ditagihkan dan dibayarkan	Terlaksananya Realisasi Pendapatan dengan target tahun 2024 sebesar 95% dari Rp 663.000.000.000,-		
		39	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni*	1. Monitoring belanja pegawai yang telah diusulkan dengan pembayaran 2. Melakukan percepatan proses pelaksanaan pelatihan pengampu TB 3. Melakukan percepatan proses pengajuan SPM pembayaran	Terlaksananya realisasi anggaran belanja bersumber rupiah murni berdasarkan OMSPAN tahun 2024 dengan target 96%		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		40	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU*	1. Monitoring dan evaluasi usulan yang telah disetujui 2. Monitoring dan evaluasi kontrak berdasarkan usulan yang telah disetujui 3. Monitoring dan evaluasi pembayaran dibandingkan dengan kontrak yang sudah ditanda tangani 4. Monitoring dan evaluasi tagihan rutin yang akan dibayarkan setiap bulannya 5. Evaluasi pembayaran dengan memperhatikan cash flow 6. Melakukan percepatan pembayaran berdasarkan berkas yang diterima di Tim Kerja Aggaran 7. Ketepatan pelaporan pengesahan yang dilakukan minimal 2x per bulan	Terlaksananya realisasi anggaran belanja bersumber PNBP BLU berdasarkan OM SPAN tahun 2024 dengan target 90%		
		41	Persentase nilai EBITDA Margin*	Terlaksanakannya penghitungan EBITDA Margin dengan target capaian 10% s/d 20%	EBITDA Margin adalah perbandingan antara surplus atau defisit sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi dari usaha atau pelayanan rumah sakit vertikal dengan Pendapatan usaha rumah sakit vertikal.		

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

KODE MAK (RM)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA	SISA	%
ANGGARAN APBN (RM)		82.757.462.000	58.941.564.630	23.815.897.370	71,22
51	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PNS	81.757.462.000	58.572.078.847	23.185.383.153	71,64
52	OPERASIONAL PERKANTORAN	1.000.000.000	369.485.783	630.514.217	36,95
KODE MAK (BLU)	**PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL**	**PAGU ANGGARAN**	**REALISASI BELANJA**	**SISA**	**%**
ANGGARAN PNBP (BLU)		673.803.843.000	225.332.431.882	448.471.411.118	33,44
525	BELANJA BARANG	594.784.687.000	224.437.352.067	370.347.334.933	37,73
537	BELANJA MODAL (BLU)	79.019.156.000	895.079.815	78.124.076.185	1,13
KODE MAK (PLN)	**PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL**	**PAGU ANGGARAN**	**REALISASI BELANJA**	**SISA**	**%**
JUMLAH ANGGARAN PLN		237.390.360.000	73.214.344.785	164.176.015.215	30,84
532	BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN (IsDB)	70.329.600.000	-	70.329.600.000	-
531	BELANJA MODAL GEDUNG DAN BANGUNAN	167.060.760.000	73.214.344.785	93.846.415.215	43,82
JUMLAH ANGGARAN (RM + BLU + PHLN)		993.951.665.000	357.488.341.297	636.463.323.703	35,97

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 2024.

Sebagai gambaran pelaksanaan kegiatan selama semester I tahun 2024 RSUP Persahabatan yang mendapatkan anggaran dari Rupiah Murni maupun BLU sebesar Rp993.951.665.000,- dan telah terserap anggaran sebesar Rp357.488.341.297,- (35.97%) sehingga sisa realisasi anggaran yang belum terserap sebesar Rp636.463.323.703,- (64.03%). Sedangkan nilai asset tetap sebesar Rp4.526.045.365.828,-. Telah melaksanakan efisiensi biaya terhadap pendapatan rumah sakit dengan target POBO sebesar 78% dan tercapai sebesar **78.45%.**

Dari pengukuran indikator KPI-RS tahun 2024 yang berjumlah 41 indikator terdapat 12 indikator yang belum memenuhi target tahunan yaitu:

1. Persentase staf berkinerja *excellent*
2. Persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar
3. Jumlah layanan berbasis genomic di Hubs RS
4. Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS
5. Jumlah PPK yang dievaluasi
6. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal
7. Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN
8. Persentase indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
9. *Benchmarking* sister hospital
10. Persentase realisasi target pendapatan BLU
11. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

12. Persentase nilai EBITDA Margin

Adapun hal-hal yang telah dilaksanakan selama semester I tahun 2024 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 monitroing dan evaluasi 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. Review secara berkala terkait pengisian kelengkapan rekam medis elektronik oleh Tim Review Rekam Medis dan Instalasi Rekam Medis
7. Pelaksanaan audit PPK dan clinical pathway oleh Komite Medik
8. Pelaksanaan audit medis kematian untuk menurunkan angka kematian di RSUP Persahabatan
9. Koordinasi kepala ruangan dan Tim Kerja Pelayanan Medik untuk pengisian Indikator Klinis layanan prioritas
10. Renovasi toilet pasien, ruang rawat inap, ruang tunggu pendaftaran rawat jalan dan farmasi rawat jalan
11. Rutin melakukan MDT untuk setiap kasus sulit khususnya kasus respirasi
12. Melaksanakan proctorship dan pelatihan SDM untuk pengampuan TB
13. Melaksanakan audit implementasi indikator mutu
14. Review unit cost untuk perbaikan tarif layanan
15. Aktif mengadakan kerja sama dibidang penelitian, pendidikan dan pengembangan layanan dengan instansi dalam dan luar negeri
16. Melengkapi rekomendasi hasil pemeriksaan BPK

17. Meningkatkan promosi layanan kesehatan diberbagai kanal media.

Rencana aksi di semester II tahun 2024 antara lain :

Perbaikan Pengalaman Pasien :

a. Pembangunan IGD executive dan ruang tunggu
b. Pemeliharaan taman, toilet dan ruang tunggu pasien yang nyaman
c. Perbaikan waktu tunggu rawat jalan dengan peningkatan pendaftaran online dan pendaftaran pasien dengan sistem finger print di seluruh area pelayanan Instalasi Rawat Jalan, serta penggunaan barcode ketika pasien konfirmasi ke farmasi dan mengambil obat di farmasi
d. 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 Badan Penyelenggara Penjamin Sosial seperti layanan slimming healthy, layanan home care, layanan inseminasi, serta optimalisasi BOR dan aset rumah sakit.
3. Peningkatan monitroing dan evaluasi 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 Badan Penyelenggara Penjamin Sosial 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 semester I dapat digunakan untuk perbaikan kinerja dan sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban Rumah Sakit terhadap Pemerintah, dalam hal ini Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.

Lampiran 1 Realisasi Anggaran Tahun 2024

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	81.757.462.000	58.572.078.847	23.185.383.153	71,64
511	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PNS	69.321.351.000	48.834.288.759	20.487.062.241	70,45
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	48.361.057.000	34.662.664.000	13.698.393.000	71,67
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	685.000	521.683	163.317	76,16
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	3.462.125.000	2.477.402.510	984.722.490	71,56
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	921.716.000	643.018.358	278.697.642	69,76
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	6.819.470.000	4.551.713.000	2.267.757.000	66,75
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	706.568.000	662.809.868	43.758.132	93,81
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	2.404.515.000	1.718.309.340	686.205.660	71,46
511129	Belanja Uang Makan PNS	6.248.380.000	3.829.420.000	2.418.960.000	61,29
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	396.835.000	288.430.000	108.405.000	72,68
	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PPPK	12.436.111.000	9.737.790.088	2.698.320.912	78,30
511611	Belanja Gaji Pokok PPPK	7.925.600.000	7.235.698.000	689.902.000	91,30
511619	Belanja Pembulatan Gaji PPPK	178.000	127.482	50.518	71,62
511621	Belanja Tunj. Suami/Istri PPPK	728.678.000	422.770.280	305.907.720	58,02
511622	Belanja Tunj. Anak PPPK	228.735.000	117.940.406	110.794.594	51,56
511624	Belanja Tunj. Fungsional PPPK	1.025.345.000	706.630.000	318.715.000	68,92
511625	Belanja Tunj. Beras PPPK	715.252.000	424.555.920	290.696.080	59,36
511628	Belanja Uang Makan PPPK	1.812.323.000	830.068.000	982.255.000	45,80
054	PELAYANAN PARUTB (PN)	1.000.000.000	369.485.783	630.514.217	36,95
521211	Belanja Bahan Kegiatan Pengampuan RS Layanan Tuberkulosis	60.398.000	-	60.398.000	-
521213	Belanja Honor Output Kegiatan Pengampuan RS Layanan Tuberkulosis (Honor Panitia)	5.600.000	2.800.000	2.800.000	50,00
522151	Belanja Jasa Profesi Kegiatan Pengampuan RS Layanan Tuberkulosis (Honor Narasumber)	36.200.000	14.800.000	21.400.000	40,88
524111	Belanja Perjalanan Dinas Biasa	295.106.000	66.625.783	228.480.217	22,58
524114	Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting Dalam Kota	602.696.000	285.260.000	317.436.000	47,33
JUMLAH ANGGARAN RM		82.757.462.000	58.941.564.630	23.815.897.370	71,22

KODE MAK (BLU)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA BLU	SISA	%
525	**BELANJA REMUNERASI & PENGEMBANGAN SDM**	**262.195.635.000**	**128.804.499.045**	**133.391.135.955**	**49,13**
525111	BELANJA PEGAWAI DAN REMUNERASI	262.195.635.000	128.804.499.045	133.391.135.955	49,13
525	***BELANJA OPERASIONAL DAN PEMELIHARAAN RS (BLU)***	**332.589.052.000**	**95.632.853.022**	**236.956.198.978**	**28,75**
	OPERASIONAL PERKANTORAN	**115.767.316.000**	**35.838.885.306**	**79.928.430.694**	**30,96**
525112	ADMINISTRASI PERKANTORAN	20.432.357.000	4.704.437.339	15.727.919.661	23,02
525113	BELANJA JASA	16.672.084.000	7.204.808.018	9.467.275.982	43,21
	BELANJA PEMELIHARAAN RS	**46.573.245.000**	**5.696.573.467**	**40.876.671.533**	**12,23**
525114	PEMELIHARAAN FASILITAS KANTOR	44.849.815.000	5.672.575.320	39.177.239.680	12,65
525123	SUKU CADANG MEDIK & NON MEDIK / Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan - BLU	1.723.430.000	23.998.147	1.699.431.853	1,39
525115	PERJALANAN DINAS	514.774.000	400.484.734	114.289.266	77,80
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA	51.300.567.000	23.098.986.095	28.201.580.905	45,03
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 / PELAKSANAAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN DALAM MENINGKATKAN SISTEM RUJUKAN / (Research and Development in Improving Referral System (IsDB))	144.000.000	-	144.000.000	-
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / (Sertifikasi dan Akreditasi Program)	1.656.000.000	-	1.656.000.000	-
525121	BELANJA BARANG PERSEDIAAN BARANG KONSUMSI	14.440.893.000	200.915.720	14.239.977.280	1,39
525126	BELANJA BARANG PERSEDIAAN BAHAN BAKU UNTUK PROSES PRODUKSI	9.052.971.000	229.253.400	8.823.717.600	2,53
525163	BELANJA GEDUNG DAN BANGINAN - EKSTRA KOMPTABEL BLU	1.445.670.000	-	1.445.670.000	-
525129	OBAT & ALKES HABIS PAKAI	170.248.491.000	54.097.394.249	116.151.096.751	31,78
537	**BELANJA MODAL (BLU)**	**79.019.156.000**	**895.079.815**	**78.124.076.185**	**1,13**
537112	BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN (MEDIK & NON MEDIK)	69.352.933.000	763.028.800	68.589.904.200	1,10
537112	1. PENGADAAN ALAT KESEHATAN DAN MESIN (MEDIK)	25.573.706.000	15.938.800	25.557.767.200	0,06
537112	2. PENGADAAN ALAT NON MEDIK/SARANA DAN PRASARANA	43.779.227.000	747.090.000	43.032.137.000	1,71
537113	RENOVASI GEDUNG DAN BANGUNAN/BELANJA MODAL FISIK LAINNYA	9.666.223.000	132.051.015	9.534.171.985	1,37
JUMLAH ANGGARAN BLU		**673.803.843.000**	**225.332.431.882**	**448.471.411.118**	**33,44**

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)**	**70.329.600.000**	**-**	**70.329.600.000**	**-**
	Belanja Modal Peralatan dan Mesin (Alat Kesehatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (IsDB))	70.329.600.000	-	70.329.600.000	-
533111	**Belanja Modal Gedung dan Bangunan (IsDB)**	**2.709.060.000**	**687.448.539**	**2.021.611.461**	**25,38**
	Penyelenggaraan Konsultan Pengawasan Manajemen Proyek (IsDB)	2.709.060.000	687.448.539	2.021.611.461	25,38
533111	**Belanja Modal Gedung dan Bangunan (IsDB)**	**164.351.700.000**	**72.526.896.246**	**91.824.803.754**	**44,13**
	ConstructionOf Women and Child Respiration Care Building (RSUP Persahabatan Respiration Hospital IsDB Financing asistant IDN 1031 - Pekerjaan Gedung RS	164.351.700.000	72.526.896.246	91.824.803.754	44,13
JUMLAH ANGGARAN PLN		**237.390.360.000**	**73.214.344.785**	**164.176.015.215**	**30,84**

Lampiran 2 Daftar Singkatan

Singkatan	Kepanjangan
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
ASPAK	Aplikasi Sarana Prasarana Alat Kesehatan
BLU	Badan Layanan Umum
BMN	Barang Milik Negara
BPFK	Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPK	Badan Pemeriksa Keuangan
DJA	Direktorat Jenderal Anggaran
EBITDA	*Earning before interest, taxes depreciation, and amortization*
ECHO	*Extension for community health outcomes*
GCP	*Good Clinical Practice*
HWGS	*Human Whole Genom Sequencing*
IT	Informasi dan Teknologi
KPA	Kuasa Pengguna Anggaran
KSM	Kelompok Staf Medik
LN	Luar Negeri
MoU	Memorandum of understanding
PLN	Pinjaman Luar Negeri
RKBMN	Perencanaan Kebutuhan Barang Milik Negara
RM	Rupiah Murni
RME	Rekam Medis Elektronik
RS	Rumah Sakit
RSV	Rumah Sakit Vertikal
SAMRS	Sistem Aset Manajemen Rumah Sakit
SDM	Sumber Daya Manusia
SIMRS	Sistem Informasi dan Manajemen Rumah Sakit
SOAP	*Subjective, Objective, Assessment & Plan*
SOP	Standar Operasional Prosedur
SPA	Sarana Prasarana dan Alat
TB	Tuberculosis
VBAC	*Vaginal Birth After Caesarean*
WGS	*Whole Genom Sequencing*