



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

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA INSTANSI PEMERINTAH (LAKIP) 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/>

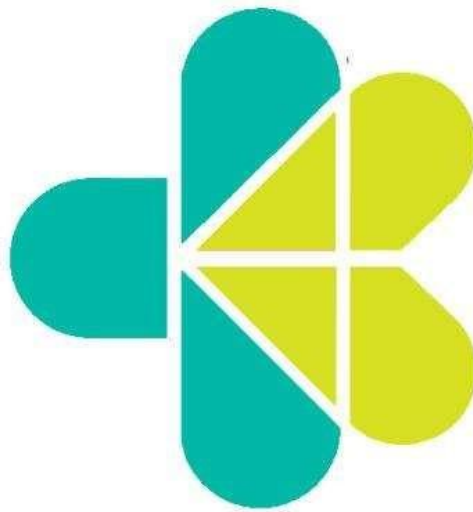
[@rsuppersahabatan](https://www.instagram.com/rsuppersahabatan)



RSUP PERSAHABATAN

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI



LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

INSTANSI PEMERINTAH

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.rsuppersahabatan.co.id

KATA PENGANTAR

Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 23 tahun 2005 dan diubah dengan PP 74 tahun 2012 perihal Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa RSUP Persahabatan 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 29 Tahun 2010 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 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 tahun 2024.

Demikian LAKIP ini di susun sebagai informasi kinerja RSUP Persahabatan selama satu tahun dan kami menyadari bahwa masih ada kekurangan dari pembuatan LAKIP ini, baik dari materi maupun tehnik penyajiannya. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan penyusunan LAKIP tahun 2024.

Jakarta, 24 Januari 2025
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 pengampunan 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 dan 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 dan telah dilaksanakan pengukuran kinerja secara berkala. Penggunaan pagu anggaran tahun 2024 sumber dana dari rupiah murni, pendapatan BLU dan Hutang luar negeri, akhir tahun anggaran telah terserap sebesar 95,49% yaitu Rp1.004.548.458.282 dari total pagu Rp1.051.973.142.000.

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

1. Perspektif *Learning & Growth*:

- a. Penetapan kebijakan *reward & consequence* berdasarkan perhitungan pemenuhan jam kerja efektif dan capaian kinerja pegawai setiap bulannya.
- b. Pelatihan *leadership* untuk seluruh *leader* rumah sakit.
- c. Pelatihan *service excellent* untuk seluruh petugas yang melayani pasien (medis dan non medis).
- d. Pemenuhan kompetensi pegawai untuk layanan eksekutif dan pelatihan untuk pegawai sesuai tugas pokok dan fungsi di setiap unit kerja.
- e. Pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia, sarana dan prasarana untuk pembukaan gedung layanan respirasi ibu dan anak.
- f. Pelaksanaan kalibrasi oleh pihak ke-3 selain dari BPFK (Balai Pengaman Fasilitas Kesehatan) yaitu Kalibramed.
- g. Implementasi pola remunerasi sesuai dengan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan nomor 7373 tahun 2023 perihal Petunjuk Teknis Pelaksanaan Remunerasi.

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. Penandatanganan 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 pengampunan Tuberculosis ke rumah sakit diseluruh Indonesia sesuai target pengampunan 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 Tuberculosis.
- h. Kerja sama penelitian dengan instansi dalam negeri dan luar negeri untuk pengembangan layanan kesehatan.
- i. Kerja sama dengan rumah sakit dalam negeri untuk layanan transplantasi paru (penyediaan donor organ).
- j. Perjanjian kerja sama pendampingan staf medik untuk operasi transplantasi paru dengan *National Taiwan University Hospital*.

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.
- d. Menyelenggarakan survei kepuasan masyarakat untuk peningkatan mutu layanan.
- e. Menyelenggarakan survei budaya keselamatan untuk meningkatkan performa layanan.
- f. menyelenggarakan survei kepuasan pegawai untuk meningkatkan kinerja setiap pegawai.

4. Perspektif Keuangan:

- a. Reviu tarif berdasarkan unit cost diseluruh layanan untuk penetapan tarif baru.
- b. Menindaklanjuti hasil rekomendasi Badan Pemeriksa Keuangan hingga tuntas.
- c. Evaluasi sistem digitalisasi keuangan untuk integrasi pendapatan dengan layanan.
- d. Implementasi pola tarif non jaminan kesehatan nasional, range tarif pertindakan sesuai regulasi.

- e. Evaluasi kinerja keuangan secara berkala untuk efisiensi penggunaan anggaran.
- f. Pergeseran pagu anggaran sesuai prioritas belanja.

Adapun kendala yang dihadapi selama tahun 2024 antara lain :

1. Belum terlaksananya kalibrasi alkes mandiri karena keterbatasan alat dan kompetensi pegawai.
2. Layanan *genomics* yang tersedia saat ini baru dimanfaatkan untuk penelitian karena sedang tahap uji klinis.
3. Keterbatasan tenaga teknis yang mengerjakan sampel HWGS dan sulitnya mencari sampel sesuai kriteria sehingga proses pengumpulan sampel membutuhkan waktu yang lama.
4. Kurangnya kepatuhan petugas medis dalam mengisi form Elektronik Rekam Medik (SOAP) dan masih adanya jadwal praktek dokter yang bersamaan antara poli rawat jalan – jadwal operasi – visit sehingga berpengaruh terhadap waktu tunggu pasien rawat jalan menjadi lebih panjang.
5. Reviu Panduan Praktik Klinik (PPK) dilaksanakan setiap akhir tahun karena kesibukan Kelompok Staf Medik.
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.
9. Rendahnya jumlah kunjungan pasien non jaminan kesehatan nasional.

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 reuiu Rencana Strategis Bisnis secara berkala dan Melakukan revisi Rencana Strategis Bisnis sesuai hasil reuiu atau jika ada perubahan peraturan dari Kementerian Kesehatan
6. Meningkatkan promosi layanan kesehatan, pendidikan, pelatihan tenaga kesehatan dan kerja sama penelitian dan pengembangan layanan kesehatan dengan Instansi dalam dan luar negeri.
7. Evaluasi tarif layanan secara berkala.
8. Pemanfaatan hasil penelitian untuk pengembangan layanan kesehatan.
9. Analisis beban kerja pegawai disetiap unit.

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

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	1
IKHTISAR EKSEKUTIF	2
DAFTAR ISI.....	7
DAFTAR TABEL.....	8
DAFTAR GAMBAR	10
DAFTAR LAMPIRAN.....	10
BAB I.....	11
PENDAHULUAN	11
A. Latar Belakang	11
B. Maksud Dan Tujuan.....	12
C. Tugas Pokok Dan Fungsi.....	12
D. Sumber Daya.....	22
E. Aspek Strategis dan Isu Strategis	23
F. Sistematika Penulisan.....	25
BAB II.....	27
PERENCANAAN KINERJA.....	27
BAB III.....	44
AKUNTABILITAS KINERJA.....	44
BAB IV.....	124
PENUTUP	124

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 2024.....	45
Tabel 8 Capaian Persentase Staf yang Berkinerja <i>Excellent</i>	49
Tabel 9 Capaian persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti	50
Tabel 10 Persentase pembelian alat kesehatan dalam negeri	52
Tabel 11 Capaian persentase pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar.	53
Tabel 12 Capaian persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar.....	55
Tabel 13 Capaian <i>dashboard</i> pengembangan bisnis rumah sakit.....	56
Tabel 14 Capaian jumlah layanan berbasis genomik di hubs RS.....	58
Tabel 15 Capaian jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS	60
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	61
Tabel 17 Capaian jumlah PPK yang dievaluasi	63
Tabel 18 Capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif.....	64
Tabel 19 Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal	66
Tabel 20 Capaian jumlah laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit.....	67
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.....	70
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.....	78
Tabel 29 Daftar Publikasi penelitian klinik penyakit prioritas tahun 2024.....	79
Tabel 30 Capaian jumlah penelitian dibidang respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun.....	81
Tabel 31 Capaian jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	82
Tabel 32 Capaian jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	83
Tabel 33 Capaian tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan	85
Tabel 34 Capaian persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN.....	86
Tabel 35 Capaian persentase indikator nasional mutu (INM) yang mencapai target	87
Tabel 36 Capaian hasil survei budaya keselamatan	89
Tabel 37 Capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	90
Tabel 38 Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama	91
Tabel 39 Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	92
Tabel 40 Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya.....	93
Tabel 41 Capaian benchmarking / sister hospital.....	94
Tabel 42 Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara.....	96
Tabel 43 Capaian persentase capaian tata kelola RS vertikal BLU yang baik.....	97
Tabel 44 Capaian persentase kenaikan <i>revenue</i>	98
Tabel 45 Capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	99
Tabel 46 Capaian persentase realisasi target pendapatan BLU.....	101
Tabel 47 Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni	102
Tabel 48 Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU	103
Tabel 49 Capaian persentase nilai EBITDA Margin	104
Tabel 50 Efisiensi Sumber Daya	105
Tabel 51 Realisasi Anggaran Tahun 2024.....	107
Tabel 52 Realisasi anggaran berdasarkan sumber dan jenis belanja.....	123

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Struktur Organisasi RSUP Persahabatan.....	21
Gambar 2 Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan Tahun 2024	42
Gambar 3 Demo trial vital sign rawat 1 untuk IGD eksekutif (TKDN 70,5%).....	53
Gambar 4 Penginputan Alkes dan Sarpras pada aplikasi ASPAK.....	55
Gambar 5 <i>Dashboard</i> Pengembangan Bisnis Rumah Sakit.....	57
Gambar 6 Pengumpulan sampel layanan genomik.....	59
Gambar 7 Rekap capaian pengumpulan sampel WGS.....	61
Gambar 8 Layanan Unggulan Tahun 2024.....	65
Gambar 9 Kerja sama layanan transplantasi paru	70
Gambar 10 Perbaikan dan pemeliharaan fasilitas RS.....	72
Gambar 11 Counter Customer Service.....	74
Gambar 12 Edukasi penyakit TB melalui media online	78
Gambar 13 Dokumen Perjanjian Sister Hospital	95

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Realisasi Anggaran Tahun 2024.....	128
Lampiran 2 Daftar Singkatan.....	131

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

RSUP Persahabatan ditetapkan sebagai Rumah Sakit Rujukan Respirasi Nasional Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor.HK.02.02/MENKES/566/2016 dan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 26 tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, RSUP Persahabatan merupakan rumah sakit tipe II kelas A. Sebagai rumah sakit vertikal Kementerian Kesehatan, RSUP Persahabatan telah lulus akreditasi secara paripurna melalui lembaga akreditasi KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) sejak tahun 2015 dan terakhir periode penilaian akreditasi pada tahun 2022 serta lulus akreditasi JCI (*Joint Commission International*) *Safety Reviu* pada tanggal 16 Maret 2023.

Sebagai Badan Layanan Umum, RSUP Persahabatan telah menyusun Rencana Strategis 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 Pendayaaan Aparatur Negara dan RB No.35 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.

5. Peraturan Menteri Pendayaaan Aparatur Negara dan RB No. 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis, Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata cara reuiu Atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
6. Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-22/PB/2020 tentang perubahan kedua atas peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER 36/PB/2016 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Layanan Kesehatan.
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 88 Tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.

B. Maksud Dan Tujuan

Penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan periode tahun 2024 adalah sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas yang telah dilaksanakan selama kurun waktu satu tahun 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 perumahsakitian 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 spesialisik, subspesialisik 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) Poliklinik Anestesi meliputi:
 - a) Klinik Manajemen Nyeri
 - b) Klinik Anestesi
- 13) Poliklinik Kulit dan Kelamin
- 14) Poliklinik Estetika
- 15) Poliklinik Rehabilitasi Medik
- 16) Poliklinik Konseling Gizi
- 17) Poliklinik Kedokteran Okupasi
- 18) Poliklinik Akupunktur
- 19) Poliklinik Pegawai
- 20) Poliklinik Onkologi Radiasi
 - a) Klinik Radioterapi
 - b) Klinik Sarana Radioterapi
 - c) Klinik Onkologi Radiasi
- 21) Poliklinik Forensik dan Medikolegal
- 22) Poliklinik Diagnostik Terpadu
- 23) Unit Pelayanan Vaksinasi
- 24) Poliklinik Eksekutif Griya Puspa
- d. Pelayanan Rawat Jalan Khusus
 - 1) Klinik Gangguan Tidur
 - 2) Pelayanan Poli Covid-19 Rawat Jalan
 - 3) Pelayanan Telemedicine
 - 4) Pelayanan ESWL (*Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy*)
 - 5) Klinik Geriatri
 - 6) Klinik Endokrin-Metabolik-Diabetes (UPTD)
 - 7) Unit One Day Care
 - a) Hemodialisa
 - b) Kemoterapi
 - 8) Poliklinik Diagnostik Terpadu
 - a) USG Penyakit Dalam
 - b) USG Kebidanan
 - c) EEG 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) *Reviuer* hasil MCU / Dokter Spesialis Okupasi
- 42) EKG
- 43) *Treadmill*
- 44) *Spirometri*
- 45) *Audiometri*

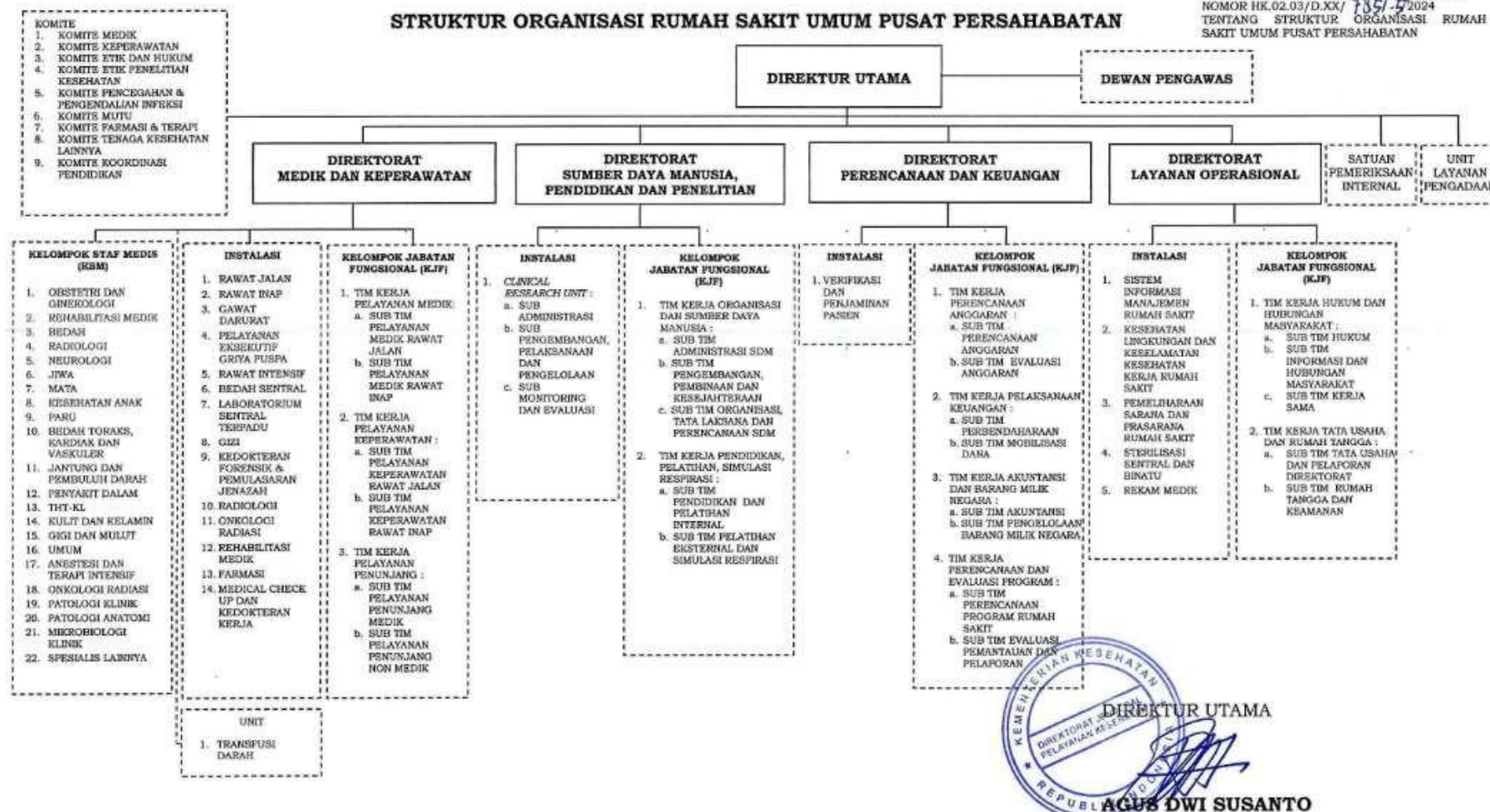
g. Layanan Penunjang Medik

- 1) Layanan Laboratorium sentral terpadu
 - a) Laboratorium Patologi Klinik
 - Hematologi
 - Hemostasis
 - Kimia Klinik
 - Imunoserologi
 - Cairan Tubuh
 - Biologi Molekuler Penyakit Infeksi
 - b) Laboratorium Mikrobiologi Klinik
 - Layanan Tuberkulosis dan Tuberkulosis resisten Obat
 - Layanan Kultur dan Resistensi
 - Layanan Mikrobiologi Molekuler Bakteri, Virus dan Jamur
 - c) Laboratorium Patologi Anatomi
 - Histopatologi
 - Sitology
 - Imunohistokimia
 - Patologi Molekuler
 - e) Bank Darah Rumah Sakit
 - Produk darah : PRC, TC, FFP
 - *Plasmapheresis*
- 2) Layanan Radioterapi
 - a) Pemetaan area Radiasi : Simulator, CT Simulator dan Alat Fiksasi

- b) *Treatment Planing System (TPS)* : 2D,3DCRT dan IMRT
 - c) Radiasi : 2D,3DCRT dan IMRT
- 3) Layanan Radiologi
- a) CT Scan 128 slice
 - b) MRI 1.5T
 - c) Fluoroskopi
 - d) Digital panoramic
 - e) Digital cephalometri
 - f) 3D Panoramic
 - g) DSA (Radiologi Intervensi)
 - h) *Long Bone View Radiography*
 - i) USG (Termasuk USG *Doppler*)
 - j) Dental X-Ray
- 4) Layanan Kedokteran Forensik dan Pemulasaran Jenazah
- a) Kedokteran Forensik – Medikolegal
 - b) Pemulasaran Jenazah
 - c) Rumah Duka
- 5) Layanan Rehabilitasi Medik
- a) Rehabilitasi Kardiorespirasi (*indoor* dan *outdoor/garden exercise therapy*)
 - b) Layanan Nyeri Myofascial dengan injeksi kering (*dry needling technique*) serta Kinesiotaping
 - c) Layanan non Invasif Penanganan Nyeri *Neuromuskuloskeletal* dengan alat-alat terkini seperti :
 - Layanan *Laser rehabilitative (low energy level laser therapy, high laser therapy)*
 - *Radial Shock Wave Therapy (RSWT)*
 - Layanan Rehabilitasi Tumbuh Kembang Pediatri
 - Layanan Rehabilitasi Geriatri
 - Layanan Rehabilitasi Paliatif
 - Layanan Rehabilitasi Tuna Laring
- 6) Layanan Penunjang Paru

- a) Uji Provokasi *Bronchus* (Astograph)
- b) DLCO (*Diffusing capacity of the Lung for Carbon monoxide*)
- c) *Cardio Pulmonary Exercise Test*
- d) *Biopsi Transthoracic Needle Aspiration* (TTNA), *Core Biopsy*
- e) *Pleuroscopy* Medik
- f) *Bodyplethysmography*
- g) *Bronchoscopy Suite* meliputi :
 - Bilasan
 - Sikatan dan biopsy saluran napas
 - *Endobronchial Ultrasound-Transbronchial Needle Aspiration* (EBUS-TBNA)
 - *Transbronchial Lung Biopsy* (TBLB)
- 7) Layanan Penunjang Cardiologi
 - a) *Echocardiografi*
 - b) *Cath Lab*
 - c) TEE (*Transesophageal Echocardiogram*)
- 8) Layanan Penunjang Saraf
 - a) EEG (*Electroencephalography*)
 - b) EMG (*Elektromiografi*)
- 9) Layanan Minimal *Invasive*
 - a) Endoskopi
 - b) Kolonoskopi
 - c) Anuskopi
 - d) Audiometri
 - e) Laparoskopi
- 10) Layanan Farmasi
 - a) Depo Farmasi Rawat Inap
 - b) Depo Farmasi Rawat jalan
 - c) Depo Farmasi IGD
 - d) Depo Farmasi Griya Puspa
 - e) Depo Farmasi IPI
 - f) Depo Farmasi IBS
 - g) Depo Farmasi Cath Lab
 - h) Depo Farmasi Produksi
- 11) Layanan Kefarmasi
 - a) Konseling

- b) Rekonsiliasi
 - c) Pemantauan terapi obat
 - d) Pelayanan informasi obat
 - e) Dispensing sediaan steril dan sitostatika
- 12) Layanan Penunjang Non Medik
- a) Gizi
 - b) Sterilisasi Sentral
 - c) Laundry
 - d) Logistik
 - e) Verifikasi dan Jaminan Pasien
 - f) Sistem Informasi Rumah Sakit
 - g) 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 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 2079 (per 31 Desember 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 :

NO	JENIS TENAGA	PNS	PPPK	DOKTER TAMU/MITRA	NON ASN	TOTAL
1	TENAGA DOKTER					
	Dokter Sub Spesialis	90	1	1	0	92
	Dokter Umum	32	20	0	0	52
	Dokter Gigi	3	0	0	0	3
	Dokter Spesialis	65	22	12	0	99
	Dokter Gigi Spesialis	9	1	0	1	11
	SUBTOTAL :	199	44	13	1	257
2	TENAGA KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN					
	Tenaga Keperawatan	440	202	0	120	762
	Tenaga Kebidanan	24	15	0	4	43
	SUBTOTAL :	464	217	0	124	805
3	TENAGA KESEHATAN LAINNYA					
	Psikologi Klinis	1	0	0	0	1
	Tenaga Kefarmasian	54	50	0	25	129
	Tenaga Kesehatan Lingkungan	10	0	0	0	10
	Tenaga Gizi	17	6	0	1	24
	Tenaga Keterampilan Fisik	14	4	0	0	18
	Tenaga Keteknisian Medis	49	28	0	7	84
	Tenaga Biomedika	62	29	0	26	117
	Tenaga Kesehatan Masyarakat	12	4	0	0	16
	SUBTOTAL :	219	121	0	59	399
4	NON MEDIS					
	Non Kesehatan	206	23	0	389	618
	SUBTOTAL :	206	23	0	389	618
	JUMLAH :	1088	406	13	573	2079

Tabel 1 Rekapitulasi jenis tenaga di RSUP Persahabatan

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 31 Desember 2024 :

Tabel 2 Jumlah alat kesehatan pada aplikasi SAMRS

Keterangan	Jumlah Alat	Persentase (%)
Jumlah alat kesehatan keseluruhan	5455	100
Jumlah alat kesehatan yang berfungsi baik	5455	100
Jumlah alat kesehatan yang rusak	0	0

Tabel 3 Persentase kelengkapan alat medik pada aplikasi ASPAK

Unit/Instalasi	Persentase (%)
Pelayanan rawat jalan	46.5
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	(Beginning Balance) Per 31/12/2023	Penambahan	(Ending Balance) Per 31/12/2024
	Harga Perolehan			
1	Tanah	3.446.594.430.000,00	-	3.446.594.430.000,00
2	Peralatan dan Mesin	750.140.136.828,00	66.312.175.521,00	816.452.312.349,00
3	Gedung dan Bangunan	485.982.686.920,00	4.240.896.725,00	490.223.583.645,00
4	Jalan, Irigrasi dan Jaringan	7.183.348.115,00	93.500.000,00	7.276.848.115,00
5	Aset Tetap lainnya	39.879.643.168,00	-	39.879.643.168,00
6	Konstruksi dalam pengerjaan	336.882.222.012,00	270.611.900.225,00	607.494.122.237,00
7	Akumulasi Penyusutan Aset Tetap	(679.968.388.004,00)	(99.924.125.798,00)	(779.892.513.802,00)
Sub Jumlah		4.386.694.079.039,00	241.334.346.673	4.628.028.425.712,00

E. Aspek Strategis dan Isu Strategis

Aspek strategis dan isu strategis dirumuskan berdasarkan analisis *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 reviu 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 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. Analisis 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 dan efisien.

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 fisik tetapi juga dengan hati. Program transformasi budaya organisasi di RSUP Persahabatan mempercepat proses internalisasi nilai-nilai yang perlu dimiliki oleh setiap pegawai RSUP Persahabatan.

5. Tata Nilai

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

6. Strategi

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

7. Sasaran Strategis

Berdasarkan strategi tersebut diatas maka sasaran strategis tahun 2020-2024 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)

Tujuan	No	Sasaran Kegiatan	No	Indikator Kinerja Kegiatan (KPI) Tahun 2024	Keterangan
Mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi <i>Smart Hospital</i> Pusat Respirasi, berbasis sistem digital dilengkapi dengan sarana dan prasarana terkini dan Sumber Daya	1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan Sumber Daya Manusia yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja <i>excellent</i>	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

Tujuan	No	Sasaran Kegiatan	No	Indikator Kinerja Kegiatan (KPI) Tahun 2024	Keterangan
Manusia yang berdaya saing Internasional.	3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	6	<i>Dashboard</i> 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 <i>center of excellence</i> 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 <i>excellence</i>	19	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (<i>Multi Disciplinary Team</i>)	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 <i>Stakeholder</i>	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 Survei Budaya Keselamatan *	Indikator direktif 2024
	12	Terwujudnya Pengampunan Pelayanan	29	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Indikator RSUP Persahabatan

Tujuan	No	Sasaran Kegiatan	No	Indikator Kinerja Kegiatan (KPI) Tahun 2024	Keterangan
		Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	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	<i>Benchmarking/Sister Hospital</i>	Indikator RSUP Persahabatan
			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 <i>Revenue</i>	Indikator RSUP Persahabatan
			37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti 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

Tujuan	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	
Mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi <i>Smart Hospital</i> Pusat Respirasi, berbasis sistem digital dilengkapi dengan sarana dan prasarana terkini dan Sumber Daya Manusia yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan Sumber Daya Manusia yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja <i>excellent</i>	1.Peningkatan Kompetensi melalui Pendidikan dan Pelatihan 2.Pengembangan pegawai melalui <i>reward and punishment</i> 3. Program Pemerataan petugas Kesehatan	1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jpl 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB 3. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 4. Tindak lanjut hasil survei implementasi nilai ber Akhlak 5. Terlaksananya pelatihan <i>Good Clinical Practice</i> 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.Terlaksananya 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. Survei 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													Rp109.778.939.000

Tujuan	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. Terlaksananya 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 monitoring dan evaluasi hasil pekerjaan kontrak service pemeliharaan alat non medik 4. Laporan pemakaian suku cadang 5. Laporan pertanggung jawaban persekot pekerjaan pemeliharaan gedung													Rp76.494.428.000
			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 dikalibrasi sesuai standar*	Terlaksananya kalibrasi peralatan medik	Usulan kalibrasi peralatan medik	Laporan kegiatan kalibrasi peralatan non medik													

Tujuan	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	
	3	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan dan terintegrasi	6	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Pengembangan dashboard bisnis rumah sakit	1. Pengembangan layanan 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												Rp18.128.027.000	
			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 Tuberculosis yang tercatat dan dilaporkan secara berkesinambungan													
			8	Jumlah rekrutmen sample pelaksanaan pemeriksaan HWGS**	Terwujudnya rekrutmen sample HWGS	Melakukan rekrutment sampel darah dari orang dan orang sakit Tuberculosis, 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, Reviu 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, Reviu 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, Reviu 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													

Tujuan	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	
	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. Reviu 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 Reviu PPK 2. Terlaksananya kegiatan siang klinis/kasus terpadu/kasus kematian 3. Terlaksananya Audit Medis													Rp16.272.084.000
	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	Terlaksananya MDT kasus kompleks													Rp 237.390.360.000
			12	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal*	Penguatan kegiatan MDT untuk kasus kompleks	4. Monitroing dan evaluasi hasil capaian NDR 5. Membuat rekomendasi hasil capaian NDR														
			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	Tercapainya waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit													

Tujuan	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	
						3. Membuat rekomendasi hasil capaian														
	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 <i>benchmarking</i> 2. Penajakan 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													Rp41.581.815.000
			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													
			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	19	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT	Peningkatan kasus sulit respirasi yang ditangani secara MDT (<i>Multi Disciplinary Team</i>)	1 Identifikasi kasus respirasi yang dilakukan MDT 2. Monitroing dan evaluasi capaian kasus	Tersedianya laporan MDT respirasi													Rp1.733.430.000

Tujuan	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	
		yang excellent		(Multi Disciplinary Team)		respirasi yang dilakukan MDT 3. Membuat rekomendasi hasil capaian kasus respirasi yang dilakukan MDT														
			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 mikroskopik setiap bulan untuk menentukan gagal pengobatan	Evaluasi pengobatan dengan mikroskopik 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													Rp20.516.910.000
			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 kedokteran dan kesehatan	24	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Terlaksananya Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	Terlaksananya Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	Jumlah Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini													Rp 108.000.000

Tujuan	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	
	10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	25	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Kerjasama dengan FKM UI untuk pelaksanaan kegiatan survei oleh Pihak ke-3	1. Terlaksananya kegiatan survei kepuasan pasien oleh pihak eksternal 2. Tindak lanjut hasil rekomendasi perbaikan hasil survei													Rp218.266.555.000
			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 pelayanan 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 monitoring dan evaluasi dan supervisi pada hasil capaian Indikator Nasional Mutu dan tindak lanjut	Terlaksananya upaya perbaikan mutu dan keselamatan pasien melalui data capaian INM												Rp56.283.745.000	
			28	Capaian hasil Survei Budaya Keselamatan *	Pelaksanaan Survei Budaya Keselamatan	a. Penyusunan Instrumen Survei b. Pelaksanaan Survei c. Analisis dan pelaporan	1. Terwujudnya pelaksanaan Survei Budaya Keselamatan guna mengukur mengimplementasikan budaya keselamatan secara kongkret dalam pekerjaannya sehari-hari. 2. Tindak lanjut rekomendasi perbaikan hasil survei													

Tujuan	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 Pengampunan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	29	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu	Tercapainya target pengampunan 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 Pengampunan 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 penandatngana 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 Pengampunan RS Regional menjadi stratifikasi Paripurna	1) Penandatanganan MoU dan PKS, 2) Pelatihan layanan Respirasi dan TB, 3) Pengajuan Alkes dan SDM tingkat Paripurna 4) 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 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**	Terlaksananya Pengampunan 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 penandatngana PKS dengan RS Pengampu Regional 2) Pengajuan Alkes Kesehatan dan SDM tingkat Madya dan 3) Peningkatan jumlah RS mengikut 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													Rp1.376.640.000

Tujuan	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 Rasio POBO > 65%	1. Rasio Kas adalah Perbandingan antara Kas setara kas dengan kewajiban (tingkat kemampuan RS untuk membiayai utang) 2. POBO adalah perbandingan antara pendapatan PNB dan Biaya Operasional (untuk mengukur tingkat kemandirian rumah sakit)													Rp253.042.209.000
			36	Persentase 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 tindaklanjuti Direktorat	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 ;	1. Berkurangnya jumlah temuan BPK yang harus ditindaklanjuti; 2. Meningkatnya persentase jumlah temuan yang tuntas ditindaklanjuti.													

Tujuan	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	
				Jenderal Pelayanan Kesehatan*		4. Membahas dan membuat jawaban tindak lanjut atas laporan hasil pemeriksaan (LHP BPK)														
			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 <i>cash flow</i>	Terlaksananya realisasi anggaran belanja bersumber PNPB BLU berdasarkan OMSPAN tahun 2024 dengan target 90%													

Tujuan	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	
						6. Melakukan percepatan pembayaran berdasarkan berkas yang diterima di Tim Kerja Anggaran 7. Ketepatan pelaporan pengesahan yang dilakukan minimal 2x per bulan														
			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 tahun 2024 tidak ada perubahan perjanjian kinerja. Secara lebih rinci Indikator Kinerja dan Target 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,

Pihak Pertama

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

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)	(5)
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja eksekusi	90%
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentase kelulusan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	95%
		3	Persentase Pemeliharaan 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%
		6	Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	80%
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	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%
		10	Jumlah PPK yang dievaluasi	5 PPK/KSM/Th
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	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 tunggu maksimal 30 menit*	60%

No (1)	Sasaran Program/Kegiatan (2)	No (3)	Indikator Kinerja (3)	Target (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 *	85% > 75%
12	Terwujudnya Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	29	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang dilampa	8 RS
		30	Jumlah RS yang dinilai dan mencapai strata utama**	1 RS
		31	Jumlah RS yang dinilai dan mencapai strata paripurna**	1 RS
		32	Jumlah RS yang dinilai dan mencapai strata madya**	4 RS
13	Terwujudnya	33	Benchmarking/Sister Hospital	3 Instansi

No (1)	Sasaran Program/Kegiatan (2)	No (3)	Indikator Kinerja (3)	Target (4)
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	34	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara	70%
		35	Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik*	100%
		36	Persentase kenaikan Revenue	4,94%
		37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti 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 678.883.804.000
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 Rp1.051.973.142.000 (Revisi DIPA) yang bersumber dari Rupiah Murni sebesar Rp110.778.939.000 dan PNPB BLU sebesar Rp703.803.843.000 dan Pinjaman Luar Negeri (IsDB) sebesar Rp237.390.360.000.

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja adalah kegiatan 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 2024

Tujuan	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	2024
Mewujudkan RSUP Persahabatan menjadi <i>Smart Hospital</i> Pusat Respirasi, berbasis sistem digital dilengkapi dengan sarana dan prasarana terkini dan Sumber Daya Manusia yang berdaya saing Internasional.	1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persentase staf yang berkinerja <i>excellent</i>	Indikator RSUP Persahabatan	70%	75%	80%	85%	90%	39,60%	64,30%	80,36%	86,43%	85%
	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%	97,81%
			3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	70%	70%	NA	NA	NA	95,60%	97,07%
			4	Persentase Pemenuhan SPA Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	95%	90%	NA	NA	NA	97,10%	93,73%
			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%	100%
	3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	6	<i>Dashboard</i> 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	3
			8	Jumlah rekrutmen sampel untuk pelaksanaan pemeriksaan Hwgs*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	5000 sampel	375	NA	NA	NA	249	548
			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%

Tujuan	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	2024
	4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	5 PPK/K SM/Th	5	5	4	3	5	5PPK/KS M
	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%	3,46%
			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	2
			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	84,66%
			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 %	87,80%
	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	53,57%
			22	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	40	50	33%	12,5 0%	133,3 3%	113	132

Tujuan	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	2024
				RSUP Persahabatan dalam setiap tahun											
			23	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	10	12	NA	NA	NA	18	35
	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 <i>Stakeholder</i>	25	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	diukur untuk IKT	86%	86,00 %	87%	≥ 80%	≥ 80%	92,80%	89,57 %	93,54 %	89,032 %	88,71%
			26	Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	10%	10%	NA	NA	NA	10,39 %	11%
	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 Survei Budaya Keselamatan *	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	NA	SBK>75%	NA	NA	NA	NA	70,60%
	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	129
			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	<i>Bench marking/Sister Hospital</i>	Indikator RSUP Persahabatan	NA	NA	NA	2	3	NA	NA	NA	2	3
			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	75%
			36	Persentase kenaikan <i>Revenue</i>	Indikator RSUP Persahabatan	4,63 %	4,69%	4,75 %	4.88%	4,94%	8%	19,675	6,81 %	9,19%	8,02%
			37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti	Indikator direktif 2023	NA	NA	NA	92,50 %	95%	NA	NA	NA	97,40 %	93,41%

Tujuan	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	2024
				Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan*											
			38	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	95%	90%	NA	NA	NA	84,34 %	98,17%
			39	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	97%	96%	NA	NA	NA	97,09 %	98,24%
			40	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	95%	90%	NA	NA	NA	78,22 %	93,67%
			41	Persentase nilai EBITDA Margin*	Indikator direktif 2024	NA	NA	NA	15%	15%	NA	NA	NA	-5,17%	-8,67%

1. Analisis Capaian Kinerja

1) Persentase Staf Yang Berkinerja *Excellent*

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

Tabel 8 Capaian Persentase Staf yang Berkinerja *Excellent*

Realisasi Persentase staf yang berkinerja <i>excellent</i>	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
	70%	39,6%	75%	64,30%	80%	80,36%	85%	86.43%	90%	85%	
Capaian	56,57%		85,73%		100,45%		101.68%		94,44%		Tidak ada target nasional

Definisi Operasional Indikator:

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.

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 :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Jumlah staf yang berkinerja } \textit{excellent} : \text{Jumlah seluruh staf}) \times 100\% \\
 &= (1.495:1.764) \times 100\% \\
 &= 85\%
 \end{aligned}$$

Realisasi akhir tahun 2024 sebesar 85%. Total staf yang mencapai target kinerja dan jam efektif sesuai ketentuan pada Desember 2024 adalah 1.495 pegawai dari total 1.764 pegawai.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan tahun 2024	Analisis 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 <i>excellent</i> telah tercapai 85%, capaian belum memenuhi target satu tahun. Penyesuaian setiap pegawai terkait kebijakan baru jam efektif menjadi kendala capaian.

Kendala:

15% pegawai masih memiliki capaian jam efektif sehingga target kinerja tidak memenuhi target. Kendala jam efektif adalah sebagian pegawai tinggal di luar provinsi DKI Jakarta dengan akses menuju RS sering terjadi kemacetan

sehingga kehadiran melebihi pukul 7.45 WIB, jika jam efektif tidak terpenuhi akan mempengaruhi capaian kinerja setiap bulannya.

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.
4. Memberikan pembinaan dan surat pernyataan komitmen untuk pegawai yang belum memenuhi target kinerja dan jam efektif.

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi capaian jam efektif setiap bulannya.

2) Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, 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	
	90%	94%	91 %	89,90 %	92%	85,36%	98%	95.68%	95%	97,81 %	Tidak ada
Capaian	104,44%		98,79%		92,78%		97.64%		102,95%		

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$= (\text{Jumlah keluhan yang ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam} : \text{jumlah seluruh keluhan yang diterima}) \times 100\%$$

$$= (3.300/3.374) \times 100\%$$

$$= 97,81\%$$

Realisasi capaian persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti tahun 2024 tercapai 97,81%, telah mencapai target (95%). Total keluhan sarpras tahun 2024 berjumlah 3.374 keluhan, total keluhan yang dapat ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam adalah 3.300. Terdapat 74 keluhan ditindaklanjuti lebih dari 1x24 jam yaitu keluhan perbaikan alat medik.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan tahun 2024	Analisis Kegagalan/Keberhasilan capaian kinerja
1. Terlaksananya 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 telah terlaksana 5. Usulan persekot pekerjaan pemeliharaan gedung sedang berproses di Anggaran	Capaian telah mencapai target dikarenakan adanya monitroing dan evaluasi perbaikan sarpras setiap bulannya, supervisi terkait kinerja teknis dan perbaikan inventarisasi sarpras pada aplikasi internal SAMRS.

Kendala :

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

Langkah strategis perbaikan :

1. Melakukan kalibrasi alkes sesuai jadwal yang ditentukan
2. Monitoring 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:

Optimalisasi update data inventarisasi sarpras dan alkes diseluruh 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, 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	
	Indikator Direktif, baru diukur di tahun 2023						70%	95,60%	70%	97,07%	70%
Capaian	NA		NA		NA		136,57%		138,67%		138,67%

Definisi Operasional Indikator:

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
 = $(232:239) \times 100\%$
 = 97,07%

Realisasi capaian persentase pembelian alat kesehatan produksi dalam negeri selama tahun 2024 tercapai 97,07%, capaian telah memenuhi target (70%). Jumlah alat kesehatan dalam negeri yang telah direalisasikan sebanyak 232 alkes dari rencana pembelian 239 alkes.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan tahun 2024	Analisis 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 trial alkes PDN kepada user telah dilaksanakan di tahun 2024 2. Kegiatan sosialisasi penggunaan alkes PDN melalui eoffice 3. Evaluasi penggunaan Alat Kesehatan Dalam Negeri oleh user telah dilaksanakan	Capaian telah memenuhi target satu tahun. Analisis keberhasilan capaian adalah dengan sosialisasi peraturan terkait alkes PDN kepada user serta seleksi pengadaan alkes diprioritaskan yang diproduksi dalam negeri. 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 strategis perbaikan:

1. Resosialisasi penggunaan PDN (Produk Dalam Negeri)
2. Trial alat kesehatan PDN
3. Evaluasi penggunaan alkes PDN (tindak lanjut complain user)
4. Pengusulan proposal aplikasi evaluasi penggunaan alkes dan AMHP
5. Pelaporan complain user terkait alkes PDN melalui aplikasi mobile ALKES Kemenkes

Gambar 3 Demo trial vital sign rawat 1 untuk IGD eksekutif (TKDN 70,5%)



Rekomendasi :

1. Optimalkan penggunaan *e-catalog* untuk pengadaan alkes
 2. 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, 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	
	Indikator Direktif, baru diukur di tahun 2023						95%	97,10%	90%	93,73%	
Capaian	NA		NA		NA		102,21%		104,14%		104,14%

Definisi Operasional Indikator:

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 survei lapangan. Periode pelaporan dilakukan setiap semester.

Formula Perhitungan :

= Jumlah persentase sarana, prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK
 = 100%,100%,79,09
 = 93,73% (pembobotan di ASPAK)

Realisasi capaian persentase pemenuhan SPA RS sesuai standar tahun 2024 tercapai 93,73%. Data sarpras yang belum 100% terinput di ASPAK adalah data alat kesehatan (79,09%).

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan tahun 2024	Analisis 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 sarpras dilakukan oleh setiap unit kerja pelayanan sesuai lokasi sarpras dan dimonitoring oleh IPSRS serta Timker Pelayanan Penunjang.

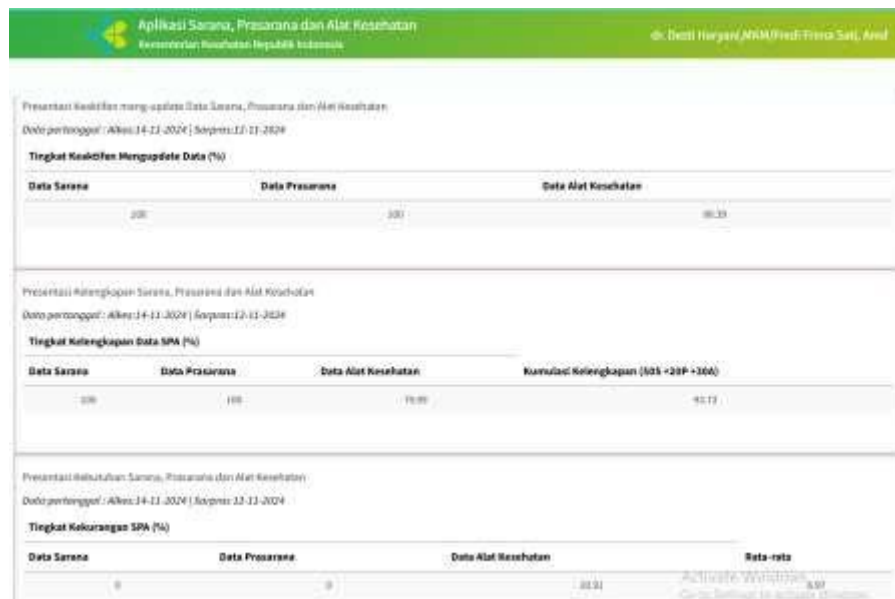
Kendala:

Keterisian standar data alat kesehatan yang belum lengkap terisi yaitu pada instalasi rawat jalan sebesar 51,27% dengan rata-rata kelengkapan alat di Instalasi rawat jalan sebesar 46,5%. Kendalanya adalah beberapa alat kesehatan dirawat jalan belum tersedia karena keterbatasan anggaran untuk pemenuhan alkes (prioritas alkes untuk life saving).

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 4 Penginputan Alkes dan Sarpras pada aplikasi ASPAK



Rekomendasi :

IPSRS rutin melakukan monitoring 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, 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur di tahun 2023						95%	93,58%	90%	100%	90%
Capaian	NA		NA		NA		133,33%		100%		100%

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$= \left(\frac{\text{Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi}}{\text{jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi}} \right) \times 100\%$$

$$= (2.348 : 2.348) \times 100\%$$

$$= 100\%$$

Realisasi alkes yang telah dikalibrasi selama tahun 2024 adalah 100% capaian telah memenuhi target satu tahun (90%). Total alkes yang telah dikalibrasi berjumlah 2.348 alkes dari total alkes yang harus dikalibrasi pada tahun 2024 berjumlah 2.348 alkes.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Usulan kalibrasi peralatan medik	Usulan kalibrasi peralatan medik telah dianggarkan pada tahun 2024 dan telah dilakukan kalibrasi 100%.	Capaian kalibrasi alkes tahun 2024 telah tercapai 100% (memenuhi target). Keberhasilan capaian karena adanya penambahan vendor untuk kalibrasi selain dari BPFK sehingga mempercepat pelaksanaan kalibrasi alkes

Kendala:

Rumah sakit belum mampu mengadakan kalibrasi mandiri karena petugas harus tersertifikasi dan keterbatasan peralatan untuk kalibrasi sehingga kalibrasi dilakukan oleh pihak ke-3.

Langkah strategis perbaikan:

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

Rekomendasi:

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, 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	
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

Definisi Operasional Indikator:

Terwujudnya *dashboard* realtime sesuai kebutuhan rumah sakit meliputi: *dashboard* layanan (demografi dan diagnosa terbanyak), *dashboard* keuangan (pengeluaran anggaran, hutang, pendapatan, piutang), *dashboard* inventory

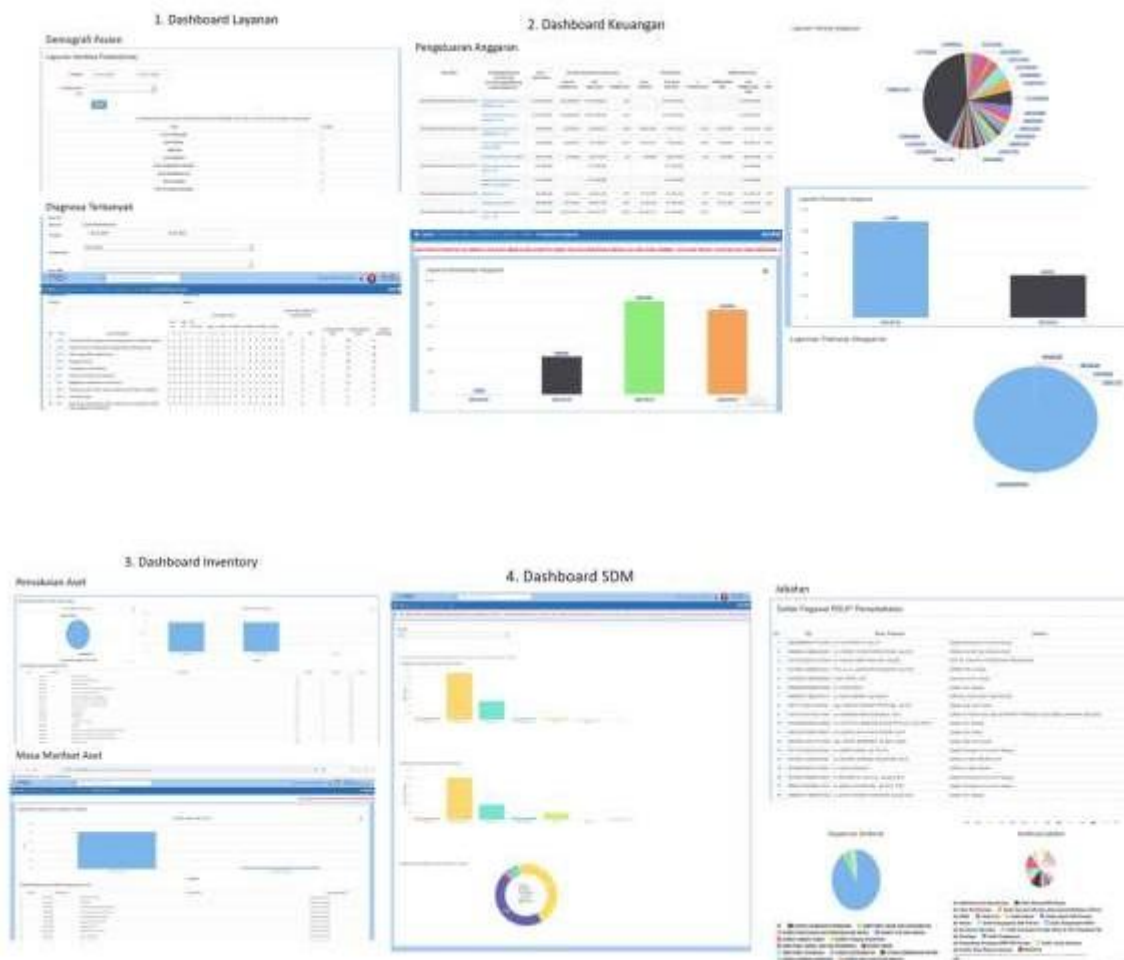
(pemakaian aset, masa manfaat aset) dan *dashboard* SDM (pelatihan, jabatan). Metode pengumpulan data secara retrospektif melalui Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit dan dilaporkan setiap triwulan.

Formula Perhitungan :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{Dashboard yang berhasil dikembangkan realtime} : \text{target dashboard yang harus dikembangkan realtime}) \times 100\% \\
 &= (8:10) \times 100\% \\
 &= 80\%
 \end{aligned}$$

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 di setiap unit.

Gambar 5 Dashboard Pengembangan Bisnis Rumah Sakit



Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun

kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi kegiatan tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pengembangan <i>dashboard</i> layanan, keuangan, piutang, SDM 2. Pengembangan aplikasi Keuangan dan inventory 3. <i>Self Assesment</i> Tingkat Maturitas BLU 2023	<i>Dashboard</i> 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 <i>dashboard</i> dilakukan sesuai dengan kebutuhan pengumpulan data agar dapat dimanfaatkan untuk pihak manajemen dalam mengambil keputusan.

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, 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur di tahun 2023						1 layanan	1 layanan	3 layanan	3 Layanan	3 layanan
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%		100%

Definisi Operasional Indikator:

Indikator merupakan mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah tersedianya layanan genomik 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 = 3 Layanan
--

Realisasi capaian layanan berbasis genomik telah tersedia 3 layanan genomik kekhususan Tuberkulosis Hubs di RSUP Persahabatan yaitu:

1. Penyelenggaraan *biomedical genome-based science initiative for precision medicines* dan pengembangan pelayanan kesehatan berbasis pemeriksaan PCR tuberkulosis.
2. Penyelenggaraan *biomedical genome-based science initiative for precision medicines* dan pengembangan pelayanan kesehatan berbasis farmakogenomik tuberkulosis paru.
3. Penyelenggaraan *biomedical genome-based science initiative for precision medicines* dan pengembangan pelayanan kesehatan berbasis tuberkulosis paru.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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	Rekrutmen pasien BGSi telah terlaksana	Capaian telah memenuhi target yaitu tersedianya layanan pemeriksaan genomik untuk pasien tuberkulosis. Dengan pemeriksaan <i>genomic</i> , 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 6 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, 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur sejak 2023						5000 sampel	249 sampel	375 sampel	548	548
Capaian	NA		NA		NA		4,98%		146,13%		146,13%

Definisi Operasional Indikator:

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
= 548 sampel

Realisasi capaian jumlah sampel darah untuk pemeriksaan HWGS tahun 2024 tercapai 548 sampel, capaian telah memenuhi target (375 sampel). Terdapat perbedaan target di tahun 2023 dan 2024, dimana tahun 2024 lebih kecil dari 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.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 telah memenuhi target satu tahun. Pengumpulan sampel berasal dari sampel darah pasien TB di seluruh wilayah Jakarta.

Kendala:

Meskipun target telah tercapai namun ada kendala yang dialami selama pengumpulan sampel yaitu pengumpulan sampel darah untuk pemeriksaan HWGS hanya dari Jakarta saja, untuk faskes Jawa Barat tidak dapat melakukan koleksi sampel darah karena tidak memiliki alat *refrigerator cetrifuge*.

Langkah strategis perbaikan:

Koordinasi pengumpulan sampel WGS dan mengirimkan sampel ke Lab WGS.

Gambar 7 Rekap capaian pengumpulan sampel WGS

Spesimen	Target	Capaian (%)	Capaian Seq	Lab DST	Lab. tNGS	Lab. WGS
Sputum	5000	1233 (24.66)	779	1. RSP 2. BBLKM Surabaya	1. RSP 2. BB Lab. Biokes	1. RSP 2. BB Lab. Biokes
Isolat	2000	669 (33.38)	144	3. BLK & PAK Jember 4. LMK FK UI	3. UNSRAT 4. BBLKM Makassar	
Darah	750	548 (73.06)		5. BBLKM Makassar 6. BLKD Sulut 7. BLK Papua 8. RS Rotinsulu 9. BBLKM Palembang	5. RSUD Prov. Papua Barat 6. RS Ngoreah 7. RS Kaniad 8. BLK & PAK Jember 9. UNAND 10. UNPAD 11. RSUD Johannes 12. RS Soetomo	

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, 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur di tahun 2023						100%	100%	100%	100%	100%
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%		100%

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi} : 6 (\text{pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi}) \times 100\% \\
 &= (6:6) \times 100\% \\
 &= 100\%
 \end{aligned}$$

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.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
- Pengembangan sistem RME lanjutan (MCU Pegawai, Surat Keterangan Lahir, RME untuk PPDS, G15 Transfusi Darah, Penambahan Komponen RME, Reviu RME) - Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2024 - Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME - Rapat koordinasi terkait hasil monitoring dan evaluasi rekam medik elektronik - study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia	- RME MCU pegawai, surat keterangan lahir telah tersedia didalam RME - Perangkat penunjang belum ada pengembangan terbaru, pengembangan terakhir adalah <i>finger print</i> - Pelatihan dan sosialisasi selalu dilakukan saat ada RME baru yang akan diimplementasikan - Study banding belum terlaksana	Capain RME telah memenuhi target capaian 80% Keberhasilan capaian RME terintegrasi karena pengembangan RME dilakukan sesuai tahapan perencanaan pengembangan dan dilakukan evaluasi terhadap pengisian RME agar RME dapat memudahkan petugas dan mempercepat pelayanan.

Kendala:

- Kepatuhan petugas dalam penulisan informasi pada RME secara lengkap dan pengembalian rekam medik tepat waktu belum maksimal dan fasilitas tanda tangan elektronik pada RME belum tersedia.
- Tampilan dan pengisian RME belum *user friendly* sehingga banyak petugas yang menunda mengisi RME secara *realtime* untuk mempercepat waktu pelayanan

Langkah strategis perbaikan:

- Melakukan evaluasi pengisian kelengkapan rekam medik elektronik setiap hari dilakukan oleh petugas instalasi rekam medik.
- Reviu pengisian rekam medik elektronik oleh tim reviu rekam medik terdiri

dari DPJP, perawat dan petugas instalasi rekam medik.

Rekomendasi :

1. Monitoring 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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 17 Capaian jumlah PPK yang dievaluasi

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

Definisi Operasional Indikator:

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 rewiu PPK KSM yang dikirimkan ke Komite Medik kemudian dilakukan rekapitulasi dan dianalisis oleh Komite Medik. Target evaluasi PPK adalah setiap KSM yang memiliki PPK dan harus melakukan rewiu 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
 = 85 : 17
 = 5 PPK/KSM

Realisasi capaian jumlah PPK yang dievaluasi oleh KSM tercapai 5 PPK dari 17 KSM, capaian telah memenuhi target satu tahun (5 PPK/KSM).

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Reviu 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. Reviu PPK pada telah dilakukan dan mencapai target tahunan 2. Monitoring dan evaluasi PPK telah terlaksana dan telah tersedia <i>dashboard</i> pengisian CP pada aplikasi PRIMA 3. Kegiatan case conference sudah terlaksana khususnya pada kasus sulit 4. Audit medis telah terlaksana pada penyakit prioritas RS	Capaian telah memenuhi target tahunan, keberhasilan capaian karena pemanfaatan formulir CP elektornik sehingga memudahkan KSM untuk mengevaluasi CP.

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, 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	
	1	1	2	3	3	3	4	4	5	5	Tidak ada target nasional
Capaian	100%		150%		100%		100%		100%		

Definisi Operasional Indikator:

Jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif adalah pelayanan spesifik dilaksanakan hanya oleh RSUP Persahabatan atau terbaik ke satu atau ke dua di Indonesia, pelayanan dilakukan melalui keputusan bersama dari berbagai disiplin ilmu. Pengumpulan data capaian jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif dilakukan setiap semester. Metode pengumpulan data diperoleh dari laporan pelayanan unggulan yang dikumpulkan melalui 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 8 Layanan Unggulan Tahun 2024



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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pemilihan layanan unggulan rumah sakit 2. Penetapan layanan unggulan rumah sakit 3. Monitoring dan evaluasi layanan unggulan RS	1. Pelayanan unggulan RS ditetapkan sesuai road map pada RSB dan <i>mandatory</i> dari Kementerian Kesehatan 2. Monitoring layanan unggulan RS dilakukan secara berkala setiap pekan melalui Rapat Koordinasi Pimpinan	Capaian layanan unggulan RS telah telaksana sesuai target. Dengan terlaksananya layanan unggulan RS mewujudkan pelayanan kolaboratif yang unggul.

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, 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	
	Indikator direktif, mulai diukur tahun 2023						≤2,5%	2.12%	≤2,5%	3,46%	≤2,5%
Capaian	NA		NA		NA		100%		72,25%		72,25 %

Definisi Operasional Indikator:

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%
 = 822 : (22.464+1304)
 = 3,46%

Realisasi capaian persentase penurunan jumlah kematian di RS selama tahun 2024 tercapai 3,46%, capaian belum memenuhi target (≤2,5%).

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Monitoring kasus-kasus kompleks melalui case manager 2. Melakukan MDT untuk kasus-kasus kompleks dengan mengundang pihak	Kegiatan MDT rutin dilakukan pada setiap kasus sulit.	Capaian penurunan kematian di RS belum mencapai target. Tingginya NDR di ruang rawat intensif karena kasus yang dirujuk ke RS merupakan kasus dengan <i>severity level</i> 3.

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
terkait 3. Mencatat hasil capaian NDR 4. Monitoring dan evaluasi hasil capaian NDR 5. Membuat rekomendasi hasil capaian NDR		

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, 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 audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
	Indikator direktif, mulai diukur tahun 2023						2 kali	2 kali	2 kali	2 kali	2 kali
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%		100%

Definisi Operasional Indikator:

Indikator merupakan *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. Definisi operasional indikator adalah hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada Rumah Sakit 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
 = 2 laporan

Realisasi capaian pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan), tahun 2024 tercapai 2 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.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Koordinasi komite medik dengan KSM terkait untuk penentuan 9 layanan prioritas 2. Laporan Audit medis terkait 9 layanan prioritas.	Pelaksanaan audit medis telah dilakukan, audit medis dilakukan pada penyakit prioritas Rumah Sakit	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 <i>length of stay</i>

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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 21 Capaian persentase kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit

	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
Realisasi waktu tanggap operasi sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	Indikator direktif, mulai diukur tahun 2023						≤ 30 menit	15 menit	60%	100%	60%
Capaian	NA		NA		NA		100%		167%		167%

Definisi Operasional Indikator:

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 Rumah Sakit x 100%
 = (25:25) x 100%
 = 100%

Realisasi jumlah kasus SC emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit selama tahun 2024 total 25 kasus.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 karena adanya koordinasi yang baik antar perawat IGD dan KSM Kebidanan dalam 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) Rumah Sakit mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama internasional

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 dan target

nasional yaitu:

Tabel 22 Capaian Rumah Sakit 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						1 layanan	4	1 layanan	1 Layanan	1 layanan
Capaian	NA		NA		NA		400%		100%		100%

Definisi Operasional Indikator:

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 peninjauan, 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 9 Kerja sama layanan transplantasi paru



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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
6. Melakukan <i>benchmarking</i> 7. Penjajakan dengan pihak asing terkait pelayanan unggulan 8. Membuat draft MOU dengan pihak asing terkait pelayanan unggulan 9. 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, 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						≥ 80%	66%	≥ 80%	84,66%	80%
Capaian	NA		NA		NA		82%		105,83%		105,83%

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 &= \text{rata-rata persentase capaian fasilitas (skoring parkir, toilet, taman, ruang tunggu pasien) + waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang} \\
 &= (87,50\% + 81,83\%) : 2 \\
 &= 84,66\%
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian perbaikan pengalaman pasien pada tahun 2024 sebesar 84,66%. 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 10 Perbaikan dan pemeliharaan fasilitas RS



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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 di lokasi griya puspa 3. penambahan area parkir di Gedung Respirasi Ibu dan Anak 4. Renovasi ruang tunggu pasien IGD	Capaian perbaikan pengalaman pasien pada mencapai target. Perbaikan. Keberhasilan capaian karena perbaikan sarpras didukung oleh anggaran yang tersedia dan perbaikan waktu tunggu yang dilakukan secara berkala.

Kendala:

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

Langkah strategis perbaikan:

1. Monitoring dan evaluasi capaian waktu tunggu rawat jalan setiap bulan
2. Bekerjasama dengan PT POS dalam jasa pengantaran obat
3. Penyediaan akses *finger print* pasien di loket poli rawat jalan

Rekomendasi :

1. Koordinasi dengan SIMRS untuk perbaikan pencatatan waktu tunggu pada sistem informasi agar dapat dievaluasi secara berkala.
2. Peningkatan kepatuhan realtime petugas pelaksana kegiatan

17) Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan

Perbandingan capaian kinerja tahun 2020, 2021, 2022, 2023, 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								100%	100%	100%
Capaian	NA		NA		NA		NA		100%		100%

Definisi Operasional Indikator:

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%
 $= (117 : 117) \times 100\%$
 $= 100\%$

Capaian peningkatan kualitas pemberi layanan tahun 2024 berjumlah 117 keluhan non medis, keseluruhan keluhan telah direspon dalam waktu <24 jam.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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	<i>Customer care</i> untuk Pendampingan, pemberian informasi dan memfasilitasi pengaduan keluhan langsung telah tersedia di lobby rawat jalan gedung RR	Capaian peningkatan kualitas pemberi layanan telah mencapai target tahun 2024. Keberhasilan penanganan keluhan non medis karena tindak lanjut penanganan keluhan sesuai grading dan koordinasi antar unit serta peran pimpinan dalam memberikan rekomendasi untuk handling complain dan perbaikan agar keluhan tidak berulang.

Kendala:

Masih adanya keluhan 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 11 Counter Customer Service



Rekomendasi:

Monitoring 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, 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								80%	80%	80%
Capaian	NA		NA		NA		NA		100%		100%

Definisi Operasional Indikator:

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)
 = $(8 : 10) \times 100\%$
 = 80%

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

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Pencegahan kejadian aspirasi pada kasus TB Hemoptisis	Pencegahan kejadian aspirasi pada kasus TB Hemoptisis telah terlaksana	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, 2024 dan target nasional yaitu:

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

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

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{jumlah kasus respirasi sulit yang dilakukan case conference dan ditulis dalam rekam medis} : \text{jumlah kasus respirasi sulit yang ditangani dalam satu tahun}) \times 100\% \\
 &= (186 : 186) \times 100\% \\
 &= 100\%
 \end{aligned}$$

capaian persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT tercapai 100%, capaian telah memenuhi target 100%. Total kasus sulit yang dilakukan MDT pada tahun 2024 berjumlah 186 kasus sulit.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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, 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	
	Indikator Rumah sakit yang mulai diukur tahun 2023, sesuai dengan kekhususan pada layanan RS						80%	89,80 %	85%	87,80 %	
Capaian	NA		NA		NA		113,54%		103,29%		

Definisi Operasional Indikator:

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 diperiksa sputum mikroskopik untuk evaluasi pengobatan : jumlah pasien tuberkulosis yang diperiksa sputum mikroskopik) x 100%
 = (518 : 590) x 100%
 = 87,80%

Realisasi capaian indikator evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopis tercapai 87,80%, capaian telah memenuhi target tahun 2024. Total pasien TB yang telah dilakukan pemeriksaan mikroskopik selama tahun 2024 berjumlah 518 pasien.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 monitoring dan evaluasi oleh Tim TB RSUP Persahabatan	Tercapainya target evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis 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 12 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, 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								10%	53,57%	10%
Capaian	NA		NA		NA		NA		535.7%		535.7%

Definisi Operasional Indikator:

Definisi operasional indikator adalah persentase penelitian klinik terpublikasi 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 elektronik 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 :

$$\begin{aligned}
 &= \text{Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas} : \\
 &\text{jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas} \times 100\% \\
 &= (15 : 28) \times 100\% \\
 &= 53,57\%
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan

prioritas tahun 2024 tercapai 39,29%, capaian telah memenuhi target (10%). Total penelitian klinik pada tahun 2024 berjumlah 28 penelitian dan telah terpublikasi 11 penelitian. 15 penelitian klinik terpublikasi terdiri dari 4 penelitian penyakit kanker, 6 penelitian penyakit respirasi dan TBC, 1 penelitian penyakit uronefrologi, 4 Penelitian penyakit infeksi emerging.

Tabel 29 Daftar Publikasi penelitian klinik penyakit prioritas tahun 2024

No	Kategori Penyakit Prioritas	Judul Penelitian	Publikasi
1	Kardiovaskuler	EBP: Penerapan Intervensi Manajemen Diri Berbasis Mobile Phone pada Pasien Penyakit Jantung Koroner terhadap Penurunan Tekanan Darah dan Kepatuhan Minum Obat di RSUP Persahabatan	
2	Kanker	Deteksi Dini PPOK dan Kanker Paru Menggunakan Kuesioner Puma dan Skrining Resiko Kanker Paru disertai Pemeriksaan Fungsi Paru Menggunakan Spirometry dan Karbonmonoksida pada Komunitas Rural di Bogor	
3	Kanker	Analisis Kesintasan Kanker Paru Terhadap Peran Kebugaran Pada Respons Kemoterapi : Kajian Terhadap Jalur Ekspresi PI3K, Protein Kinase B (AKT), mTOR	
4	Kanker	Hubungan Kadar Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) Cairan Pleura Pada Kanker Paru Karsinoma Bukan Sel Kecil Terhadap Respon Terapi	
5	Kanker	Kadar Survivin Cairan Pleura Pada Kanker Paru Karsinoma Bukan Sel Kecil dan Hubungannya dengan Luaran Klinis	
6	Kanker	Clinical and Bronchoscopy Assessment in Diagnosing the Histopathology Type of Primary Central Lung Tumors	http://dx.doi.org/10.2174/0118743064318977240531100045
7	Kanker	DLCO and Spirometry in Non-Small Cell Lung Cancer Patients Receiving EGFR-TKI in Indonesia	https://doi.org/10.2478/pneum-2024-0004
8	Kanker	Post-Market in vitro bioequivalence study of innovator and generic Gefitinib tablets: evaluation of JKN medicine quality	https://drive.google.com/file/d/1-mmKAjXYhaUQGpuUj65Yjm_PeulPaTr/view?usp=drive_link
9	Kanker	Clinical and Bronchoscopy Assessment in Diagnosing the Histopathology Type of Primary Central Lung Tumors	https://drive.google.com/file/d/1yAQ4J59J6vG0OA98BsNQH-3KnPbnLfuz/view?usp=drive_link
10	Diabetes Melitus	A Phase 3, Randomized, Open label Trial Comparing And Safety of BGM0504 versus Semaglutide Once Weekly as Add-on Therapy to Metformin in Patients with Type 2	
11	Ginjal	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/
12	Ginjal	Efektivitas Terapi Transcutaneous Tibial Nerve Stimulation Berbasis Rumah Pada Pasien Overactive Bladder	
13	Stroke	Efektivitas Latihan Air Stacking Terhadap Arus Puncak Batuk Pada Pasien Pasca Stroke	
14	Kesehatan Ibu dan Anak	Sistem Skoring Penapisan Imunodefisiensi Primer di Indonesia : Kajian Terhadap Gejala Klinis dan Laboratorium Imunologi	

No	Kategori Penyakit Prioritas	Judul Penelitian	Publikasi
15	Kesehatan Ibu dan Anak	Korelasi Kadar Darah Albumin dan Magnesium dengan Hemoglobin dan darah feritin studi potong lintang pada rujukan kehamilan lanjut di RSUP Persahabatan	
16	Respirasi dan TBC	Penelitian Operasional Penggunaan Paduan Isoniazid, Rifapentine, Moksifloksasin, dan Pirazinamid (HPMZ) selama Empat Bulan bagi Pasien Tuberkulosis Sensitif Obat di Indonesia (PRIMA-4TB)	
17	Respirasi dan TBC	Efektivitas Fusi Protein Rekombinan Tuberculin Skin Test (C-TST) untuk Diagnosis Infeksi Laten Tuberkulosis di Indonesia	
18	Respirasi dan TBC	Luaran Tatalaksana Tuberkuloma Paru Setelah Pemberian Obat Anti Tuberkulosis Selama Enam Bulan	
19	Respirasi dan TBC	The 4T Approach for Smoking Cessation Compliance for Pulmonary Tuberculosis Patients in Persahabatan Referral Hospital	https://doi.org/10.36497/jri.v44i1.578
20	Respirasi dan TBC	Rehabilitation Management for Sarcopenia in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Literature Review	https://drive.google.com/file/d/1BqINU3W7suxArGH0ePt8i6cFJR3uPuj4/view?usp=drive_link
21	Respirasi dan TBC	Analysis of Instrument Development to Evaluate Employee Protection from Tuberculosis in Hospitals	https://drive.google.com/file/d/12xf4AQQxTMTgE_IC1Z08N5UwrG5GIX/view?usp=drive_link
22	Respirasi dan TBC	Pulmonary Alveolar Proteinosis Secondary to Chronic Ethylene Oxide Occupational Inhalation	https://drive.google.com/file/d/14neFaYsTrijyb6rAsXSI-DUSAEy4dHLJz/view?usp=drive_link
23	Respirasi dan TBC	A Multicenter Study of COPD and Cognitive Impairment: Unraveling the Interplay of Quantitative CT, Lung Function, HIF-1 α , and Clinical Variables	https://drive.google.com/file/d/1uLMfxLHI8ooE-0D6jC8GBRuATNH8gRu/view?usp=drive_link
24	Respirasi dan TBC	Late-Onset Asthma : A Review	https://doi.org/10.20473/jr.v10-i.3.2024.272-279
25	Penyakit infeksi emerging	Evaluasi Biaya Perawatan Intensif Pasien COVID-19 Di RSUP Persahabatan Jakarta: Pendekatan Activity Based Costing	https://drive.google.com/file/d/1z_3yXPz7NFgcJnoiapytff00Q35XS_eY/view?usp=drive_link
26	Penyakit infeksi emerging	Successful Pulmonary Rehabilitation in COPD During COVID-19 Pandemic Era: A Case Report	https://drive.google.com/file/d/1HNZlpxKLbDF4-QbHxLas7R-MkiW2UtOs/view?usp=drive_link
27	Penyakit infeksi emerging	Vital signs and work of breathing assessment in the emergency department as predictor for acute respiratory failure in COVID-19 pneumonia	https://drive.google.com/file/d/1gTYIPomg4eY24M1Fh2gzaohTbIPkbfJH/view?usp=drive_link
28	Penyakit infeksi emerging	The Delphi Method: Developing a Telerehabilitation Practice Guideline for Patients in Indonesia with Long COVID	https://drive.google.com/file/d/1e9rtxTik5DWR1OQBjcZCzk7QzXeUYJ46/view?usp=drive_link

Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun

kegagalan pencapaian kinerja :

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 layanan respirasi ibu dan anak 3. Pembiayaan usulan HAKI penelitian yang terafiliasi dengan RSP	Capaian publikasi penelitian klinik penyakit prioritas telah memenuhi target capaian. Keberhasilan capaian karena adanya dukungan dari RS untuk staf yang melakukan publikasi seperti bantuan dana, penyediaan sarpras penelitian.

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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 30 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	
	Indikator rumah sakit yang mulai diukur ditahun 2023 karena penggabungan beberapa indicator yang serupa						40	113	50	132	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		283%		264%		

Definisi Operasional Indikator:

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
 = 132 Penelitian respirasi

Realisasi jumlah penelitian dibidang respirasi yang dilakukan di RSUP

Persahabatan selama tahun 2024 berjumlah 132 penelitian respirasi.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah 2. Pelatihan GCP 3. Kerjasama multi center baik nasional maupun internasional	1. Dana publikasi 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. Keberhasilan capaian karena adanya dukungan dari RS untuk sarana dan prasarana penelitian dan RSUP Persahabatan sebagai RS pendidikan menjadi tempat penelitian bagi peserta didik.

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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 31 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	
	Indikator rumah sakit yang mulai diukur ditahun 2023 karena penggabungan beberapa indicator yang serupa						10	18	12	35	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		180%		291,67%		

Definisi Operasional Indikator:

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.
 = 35 HAKI

Capaian jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten tercapai 35 HAKI, capaian telah memenuhi target.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 35 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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 32 Capaian jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini

Realisasi jumlah program	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	Tidak

pendidikan dengan dukungan teknologi terkini											ada
Capaian	100%	100%	100%	100%	200%	100%					

Definisi Operasional Indikator:

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

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

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini 2. Sarana prasarana pendidikan dengan teknologi terkini	Pada tahun 2024 telah terselenggara pendidikan dengan teknologi terkini berupa <i>i-ECHO</i> yang digunakan oleh SDM kesehatan.	Tercapainya indikator jumlah program pendidikan dengan 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 *ECHO* india dan RSUP persahabatan maupun peserta yang mengikuti.
2. Saat ini *i-Echo* dimanfaatkan untuk terapi penyakit asma dan TB. Pada semester I dilaksanakan pembelajaran *i-echo* untuk penyakit asma dan disemester II dilanjutkan pembelajaran *i-echo* untuk penyakit TB.

Langkah strategis perbaikan:

1. Meningkatkan kapasitas bandwidth agar koneksi internet tetap stabil.
2. Merencanakan pengembangan pelatihan menggunakan *i-echo* untuk penyakit paru infeksi seperti pneumonia dan penyakit KJSU.

Rekomendasi:

1. Mengintegrasikan penyelenggaraan pelatihan dan pendidikan pada *website* LMS Kementerian Kesehatan agar pelatihan dapat dijangkau oleh masyarakat luas dan peserta bisa langsung mendapatkan sertifikat yang tersertifikasi oleh Direktorat Mutu Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan.
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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 33 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	
	86%	92,80%	86%	89,57 %	87%	93,54 %	≥80 %	89,032 %	≥80%	88,71%	≥80%
Capaian	107,91%		104,15%		107,52%		111,29%		110,89%		110,89 %

Definisi Operasional Indikator:

Definisi operasional indikator adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Perhitungan capaian menggunakan survei kepuasan pasien dengan besaran sampel dari Morgan dan Krejcie. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan survei kepuasan pasien rawat jalan, rawat inap dan penunjang. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

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

$$= 88,71\%$$

Capaian kepuasan pasien tahun 2024 sebesar 88,71%, capaian telah memenuhi target (≥80%). Unsur IKM yang mendapat nilai B adalah waktu pelayanan.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Kerja sama dengan FKM UI untuk pelaksanaan kegiatan survei oleh pihak ke-3	Kegiatan survei 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:

Waktu tunggu pelayanan rawat jalan dan farmasi masih terdapat penumpukan antrian. Beberapa kendala adalah ketepatan waktu kehadiran DPJP dipoli belum optimal, waktu penyiapan obat membutuhkan konfirmasi resep sehingga memperpanjang waktu tunggu.

Langkah strategis perbaikan:

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

Rekomendasi:

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

26) Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN

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

Tabel 34 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						10%	10,39%	10%	11%	10%
Capaian	NA		NA		NA		103,90%		112,18%		112,18 %

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$= (\text{jumlah kunjungan pasien non JKN tahun berjalan} - \text{jumlah kunjungan pasien non JKN tahun lalu}) : \text{jumlah kunjungan pasien non JKN tahun lalu} \times 100\%$$

$$= (82.696 - 74.355) : 74.355 \times 100\%$$

= 11%

Capaian jumlah kunjungan pasien non JKN tahun 2024 tercapai 11%. Jumlah pasien non JKN tahun 2024 berjumlah 82.696 pasien, jumlah pasien non JKN tahun 2023 berjumlah 74.355. persentase jumlah pasien non JKN pada tahun 2024 dan tahun 2023 adalah 11%, sehingga capaian telah memenuhi target tahun 2024 (10%).

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 5. Membuat paket operasi eksekutif	1. Pelayanan rawat inap dan rawat jalan di gedung RSIA (IsDB) telah terlaksana sejak Oktober 2024. 2. Optimalisasi pelayanan eksekutif dengan membuka ruang rawat inap kelas I hingga SVIP	Capaian jumlah kunjungan pasien non JKN telah mencapai target karena adanya inovasi layanan salah satunya seperti MCU mobile untuk meningkatkan kunjungan.

Kendala:

Rata-rata pasien yang berkunjung merupakan pasien rujukan JKN.

Langkah strategis perbaikan:

1. Mengoptimalkan pelayanan eksekutif Griya Puspa dengan membuka layanan sore dan hari sabtu.
2. Membuka layanan MCU mobile dan meningkatkan kerja sama pemeriksaan MCU dengan instansi pemerintah dan swasta.

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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 35 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								100 %	92,31 %	100%

Capaian	NA	NA	NA	NA	92,31%	92,31%
---------	----	----	----	----	--------	--------

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 &= \text{jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan dengan capaian sesuai target : jumlah indikator INM} \times 100\% \\
 &= (12 : 13) \times 100\% \\
 &= 92,31\%
 \end{aligned}$$

Realisasi capaian persentase indikator nasional mutu pada 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.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 monitoring dan evaluasi dan supervisi pada hasil capaian Indikator Nasional Mutu dan tindak lanjut	Validasi capaian INM, pelaporan INM dan monitoring dan evaluasi INM telah terlaksana secara konsisten.	Capaian laporan bulanan 13 indikator mutu nasional terdapat indikator yang belum memenuhi target yaitu waktu tunggu rawat jalan karena jam kehadiran DPJP dipoli belum optimal.

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 survei budaya keselamatan

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

Tabel 36 Capaian hasil survei budaya keselamatan

Realisasi capaian hasil survei budaya keselamatan	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								SBK>75%	70.60%	SBK>75%
Capaian	NA		NA		NA		NA		94.13%		94.13%

Definisi Operasional Indikator:

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 survei budaya keselamatan kemenkes/AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). Periode pelaporan indikator di akhir tahun.

Formula perhitungan :

= Hasil survei budaya keselamatan
 =70.60%

Hasil survei budaya keselamatan tahun 2024 adalah 70,60%. Tiga aspek yang memiliki rata-rata terendah dalam budaya keselamatan pasien RSUP Persahabatan adalah kerja sama tim antar unit (45,7%), staffing (61,3%), dan keterbukaan komunikasi (65,9%).

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Penyusunan Instrumen Survei 2. Pelaksanaan Survei 3. Analisis dan pelaporan	Tindak lanjut rekomendasi perbaikan pada survei tahun 2023	Capaian survei budaya keselamatan tahun 2024 belum mencapai target. Berdasarkan hasil survei dari responden yang perlu perhatian khusus adalah sarana prasarana yang memadai untuk keselamatan pasien.

Kendala:

1. Belum terciptanya budaya keterbukaan antar pegawai ketika ada beban kerja pegawai yang melebihi kapasitas.
2. Koordinasi antar unit belum optimal
3. Pembagian beban kerja belum merata

Rekomendasi dan Langkah strategis perbaikan:

Tindak lanjut rekomendasi perbaikan dari survei budaya keselamatan tahun 2023.

29) Jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu

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

Tabel 37 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						6	26	8	129	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		433%		1612.5%		

Definisi Operasional Indikator:

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang RS dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resistensi Obat, RSUP Persahabatan termasuk RS yang ditunjuk sebagai pelaksana layanan TB. Dalam rangka mendukung terwujudnya pengampunan 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
 = 129 RS jejaring

capaian jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu tercapai 129 MoU.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Visitasi dan penandatanganan MoU kerjasama 2. Pelatihan layanan respirasi dan TB 3. Proctorship layanan respirasi dan TB	Visitasi, penandatanganan MoU kerjasama, pelayanan layanan TB dan proctorship layanan TB telah terlaksana selama tahun 2024.	Tercapainya jumlah rumah sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu bertujuan untuk meningkatkan level stratifikasi satu level lebih tinggi, meningkatkan peran serta rumah sakit yang diampu keseluruhan di dalam pencatatan pelaporan TB dan menjalani sistem telekonsultasi untuk kasus TB secara nasional.

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 pengampunan untuk penyediaan kebutuhan pengampunan seperti SDM, pelatihan, *proctorship*, pemenuhan sarpras agar instansi yang diampu dapat melakukan pelayanan TB secara mandiri.

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi kegiatan pengampunan dan penggunaan dana pengampunan TB.

30) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama

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

Tabel 38 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						1	1	1	2	1
Capaian	NA		NA		NA		100%		200%		200%

Definisi Operasional Indikator:

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

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Penandatanganan PKS 2. Pelatihan layanan pernapasan dan TB 3. Pengajuan Alkes dan SDM tingkat utama	Penandatanganan PKS, pelatihan layanan TB telah terlaksana	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 pengampunan sesuai perencanaan untuk kegiatan pengampunan.

Rekomendasi:

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

31) Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna

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

Tabel 39 Capaian jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna

Realisasi jumlah RS yang dibina dan mencapai strata paripurna	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						1	6	1	2	1
Capaian	NA		NA		NA		600%		200%		600%

Definisi Operasional Indikator:

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.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 monitoring dan evaluasi RS yang diampu	Penandatanganan PKS, pelatihan layanan TB telah terlaksana	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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 40 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								4	4	4
Capaian	NA		NA		NA		NA		100%		100%

Definisi Operasional Indikator:

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
= 4 RS

Capaian RS dengan strata paripurna tercapai 4 RS yaitu RSUD Ogan Komering Ulu Timur, RSUD Cengkareng, RSUD Kota Depok, RSUD dr. R. Goeteng Taroenadibrata.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 monitoring dan evaluasi RS yang diampu	Penandatanganan PKS, pelatihan layanan TB telah terlaksana	Tercapainya indikator jumlah rumah sakit yang tercapai strata targetnya karena adanya dukungan dana untuk kegiatan pengampunan TB.

Kendala:

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

Langkah strategis perbaikan:

Optimalisasi penggunaan dana pengampunan sesuai perencanaan untuk kegiatan pengampunan.

Rekomendasi:

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

33) Benchmarking / sister hospital

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

Tabel 41 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	
Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023							2	2	3	3	Tidak Ada
Capaian	NA		NA		NA		100%		100%		

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$= \text{Jumlah } \textit{benchmarking/sisterhospital} \text{ yang dilakukan dalam 1 tahun}$$

$$= 3 \text{ Institusi Luar Negeri}$$

Benchmarking / sister hospital tercapai 2 institusi luar negeri yaitu National Cancer Center, Daegu Medical Center dan National Taiwan University Hospital.

Gambar 13 Dokumen Perjanjian Sister Hospital



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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
- Membuat usulan <i>benchmarking</i> terkait program sister hospital - Membuat laporan hasil <i>benchmarking</i> - Membuat MoU terkait program sister hospital	- Tahun 2024 telah dilakukan peninjauan ke 7 instansi yaitu Kedutaan besar belanda, Sweden-Indonesia Sustainability Partnership (SISP) Healthcare Program 2024, China-ASEAN Countries Hospital, St jude Global Alliance Asia Pacific, Kedutaan Besar Jerman, HighLight Capital, Federasi Rusia. - Penandatanganan kerja sama pada 3 Instansi yaitu National Cancer Center Hospital, Daegu Medical Center, National Taiwan University	Capaian <i>benchmarking</i> telah memenuhi target. Keberhasilan capaian karena adanya follow up intens kepada instansi yang telah dilakukan pengiriman proposal untuk <i>benchmarking/sister hospital</i>.

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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 42 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						50%	80%	70%	80%	Tidak ada
Capaian	NA		NA		NA		160%		114%		

Definisi Operasional Indikator:

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

Formula perhitungan :

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

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

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir	Terselenggaranya layanan one stop TB, Bronkoskopi + TBNA, ILD, Onkologi thorak.	Tercapainya indikator layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara bertujuan untuk meningkatkan kunjungan pasien dan diharapkan mengurangi jumlah pasien yang berobat ke luar negeri karena di dalam negeri

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
		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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 43 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2024								100%	75%	100%
Capaian	NA		NA		NA		NA		75%		75%

Definisi Operasional Indikator:

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 Akuntansi dan BMN. Periode pelaporan indikator setiap bulan.

Formula perhitungan :

POBO = 79,97%, skor 100
 Rasio kas = 100,95%, skor 50
 = rata-rata skor rasio kas dan rasio POBO
 = (100+50) : 2
 = 75

Realisasi persentase capaian tata kelola RS vertikal BLU yang baik pada akhir tahun 2024 tercapai 75%.

Analisis program/kegiatan yang menunjang keberhasilan ataupun

kegagalan pencapaian kinerja :

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

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 Jaminan Sosial agar klaim dapat diterima sesuai jumlah pengajuan klaim.

Rekomendasi:

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

36) Persentase kenaikan *revenue*

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

Tabel 44 Capaian persentase kenaikan *revenue*

Realisasi persentase kenaikan <i>revenue</i>	Tahun 2020		Tahun 2021		Tahun 2022		Tahun 2023		Tahun 2024		Target Nasional
	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	
	4,63%	8%	4,69%	19,67%	4,75%	6,81%	4,88%	9,19%	4,94%	8,02%	Tidak ada
Capaian	172,79%		419,40%		143,37%		188,39%		162,35%		

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$= \text{rata-rata (penerimaan operasional, penerimaan lain-lain dan penerimaan)}$$

dari hibah yang tidak mengikat setiap bulan : target pendapatan tahun berjalan) x 100%
 $= (48.502.312.077 : 605.000.000.000) \times 100\%$
 $= 8,02\%$

capaian kenaikan *revenue* per Desember 2024 sebesar 8,02%, capaian telah memenuhi target yaitu 4.94%.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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, Monitoring dan evaluasi ketepatan waktu penghitungan revenue layanan dan non layanan telah dilakukan setiap bulan 2. Monitoring 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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 45 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						92,50%	97,40%	95%	93,41%	95%
Capaian	NA		NA		NA		105,30%		98,33%		98,33%

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti} : \text{jumlah kumulatif rekomendasi hasil pemeriksaan BPK}) \times 100\% \\
 &= (170:182) \times 100\% \\
 &= 93,41\%
 \end{aligned}$$

capaian persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti tercapai 93.41%, capaian belum memenuhi target. Dari total 20 Laporan Hasil Pemeriksaan, terdapat 65 temuan dan 182 saran/rekomendasi BPK, 170 rekomendasi telah selesai ditindak lanjuti.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Mengikuti undangan 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 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 di pihak 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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 46 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						95%	84,34%	90%	98,17%	90%
Capaian	NA		NA		NA		88,78%		109,08%		109,08 %

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{realisasi pendapatan rawat jalan} + \text{pendapatan rawat inap} + \text{pendapatan layanan lainnya}) : \text{target pendapatan BLU} \times 100\% \\
 &= (593.941.431.054 : 605.000.000.000) \times 100\% \\
 &= 98,17\%
 \end{aligned}$$

persentase realisasi target pendapatan BLU sampai Desember 2024 tercapai 98,17%, capaian telah memenuhi target satu tahun yaitu 90%. Dari total target pendapatan Rp605.000.000.000 tercapai Rp593.941.431.054.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 telah mencapai target 90% namun belum memenuhi target Rp605.000.000.000, capaian belum tercapai karena kunjungan non JKN dan JKN belum optimal.

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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 47 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						95%	97,09%	96%	98,24%	96%
Capaian	NA		NA		NA		100%		102,33%		102,33 %

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni} : \text{total anggaran yang bersumber dari rupiah murni}) \times 100\% \\
 &= (108.829.937.817 : 110.778.939.00) \times 100\% \\
 &= 98,24\%
 \end{aligned}$$

Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni sampai Desember 2024 tercapai 98,24%. Total pagu anggaran sumber dana dari rupiah murni sebesar Rp110.778.939.000 telah terserap sebesar Rp108.829.937.817.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
1. Monitoring belanja pegawai yang telah diusulkan dengan pembayaran 2. Melakukan percepatan proses pelaksanaan pelatihan pengampu TB 3. Melakukan percepatan proses pengajuan SPM pembayaran	1. monitoring dan evaluasi belanja pegawai dilakukan setiap bulan 2. kegiatan pelatihan pengampunan TB dari 4 pelatihan baru 2 pelatihan yang dilaksanakan	Capain persentase realisasi anggaran bersumber dari rupiah murni tahun 2024 telah mencapai target.

Kendala:

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

Langkah strategis perbaikan:

Melaksanakan kegiatan pengampunan 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, 2024 dan target nasional yaitu:

Tabel 48 Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU

Realisasi persentase realisasi anggaran 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						95%	78,22%	90%	93,67%	90%
Capaian	NA		NA		NA		82,34%		104,08%		104,08 %

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 &= (\text{realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU} : \text{total anggaran yang bersumber dari rupiah BLU}) \times 100\% \\
 &= (659.250.951.502 : 703.803.843.000) \times 100\% \\
 &= 93,67\%
 \end{aligned}$$

Persentase realisasi anggaran bersumber dana BLU sampai Desember 2024 tercapai 93,67%. Total anggaran dari rupiah BLU adalah Rp.703.803.843.000, penyerapan anggaran bersumber dana BLU adalah Rp659.250.951.502.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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	Kegiatan kompilasi laporan pengeluaran BLU, rekonsiliasi dengan Tim Ker Akuntansi, pelaporan ke KPA, penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monitoring dan evaluasi Bappenas telah rutin dilaksanakan setiap bulan.	Capaian persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU tahun 2024 telah memenuhi target karena optimalisasi belanja sesuai perencanaan.

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis Keberhasilan/Kegagalan capaian kinerja
pembayaran. 3. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monitoring dan evaluasi Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.		

Kendala:

Penerimaan operasional BLU belum mencapai target setiap bulannya.

Langkah strategis perbaikan:

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

Rekomendasi:

Monitoring dan evaluasi tarif pelayanan secara berkala.

41) Persentase nilai EBITDA Margin

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

Tabel 49 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	
	Indikator Direktif, mulai diukur tahun 2023						15%	-5.17%	15%	-8,67%	15%
Capaian	NA		NA		NA		-34%		-57,80%		-57,80%

Definisi Operasional Indikator:

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 :

$$\begin{aligned}
 \text{EBITDA margin} &= (\text{EBITDA} : \text{pendapatan}) \times 100\% \\
 &= (-47.869.658.274 : 552.010.677.075) \times 100\% \\
 &= -8,67\%
 \end{aligned}$$

Capaian persentase nilai EBITDA Margin pada Desember tahun 2024 sebesar - 8,67%.

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

Rencana Kegiatan Tahun 2024	Realisasi Kegiatan Tahun 2024	Analisis 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 tahun 2024 sangat tinggi dibanding tahun 2023, kenaikan pada beban pegawai, beban persediaan, biaya perjalanan dinas dan 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 tahun 2024:

Tabel 50 Efisiensi Sumber Daya

Sasaran strategis / sasaran kegiatan	Kegiatan	Pagu Anggaran Tahun 2023	Pagu Anggaran Tahun 2024	Efisiensi Biaya	% efisiensi	Analisis
Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	Belanja Jasa (listrik, telepon, air, internet pengelolaan limbah B3 pada dan tajam)	Rp 17.575.674.00 0	Rp 16.672.084.00 0	Rp 903.590.00 0	5%	Penghematan pemakaian sumber daya disetiap unit kerja seperti penggunaan penggunaan telepon, air, listrik, internet dan pengelolaan limbah.

Sasaran strategis / sasaran kegiatan	Kegiatan	Pagu Anggaran Tahun 2023	Pagu Anggaran Tahun 2024	Efisiensi Biaya	% efisiensi	Analisis
	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 IPSRS untuk mengurangi belanja barang IPSRS
	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 untukantisipasi saat downtime dan penggunaan form yang mewajibkan ada tanda tangan pasien/petugas medik.

B. Realisasi Anggaran

Anggaran RSUP Persahabatan tahun 2024 berjumlah Rp1.051.973.142.000 (Revisi DIPA ke-12) yang terdiri dari APBN (RM) Rp110.778.939.000, PNPB (BLU) Rp703.803.843.000 dan pinjaman luar negeri (ISDB) Rp237.390.360.000. Realisasi dalam mendukung tercapainya kinerja RSUP Persahabatan selama tahun 2024 adalah sejumlah Rp1.004.548.458.282 atau 95,49% dan sisa anggaran sebesar Rp47.225.845.718. Alokasi realisasi anggaran berdasarkan perjanjian kinerja sebagai berikut:

Tabel 51 Realisasi Anggaran 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 <i>excellent</i>	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 survei implementasi nilai ber Akhlak 5. Terlaksananya pelatihan <i>Good Clinical Practice</i> 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. Terlaksananya 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. Survei 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	Rp109.778.939.000	Rp107.933.808.817

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
					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		
2	Terwujudnya sarana dan prasarana yang berkualitas, efektif, efisien dan ramah lingkungan	2	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	1. Terlaksananya 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	Rp76.494.428.000	Rp70.436.831.228

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
				jawaban persekot pekerjaan pemeliharaan gedung		
		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 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		
		5	Persentase Alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar*	Usulan kalibrasi peralatan medik		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
				monitroing dan evaluasi rekam medik elektronik 5. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia	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. Reviu 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 Reviu PPK 2. Terlaksananya kegiatan siang klinis/kasus terpadu/kasus kematian 3. Terlaksananya Audit Medis	Rp16.272.084.000	Rp15.565.432.699
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	Terlaksananya MDT kasus kompleks	Rp237.390.360.000	Rp236.419.076.607

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		12	Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal*	3. Mencatat hasil capaian NDR 4. Monitroing dan evaluasi hasil capaian NDR 5. Membuat rekomendasi hasil capaian NDR			
		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		
		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	Rp41.581.815.000	Rp39.516.072.058
		16	Persentase capaian perbaikan	1. Merekap sarpras terkait pelayanan pasien 2. Melaporkan sarpras yang	1. Tidak adanya kendala pelayanan di unit pelayanan		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
			pengalaman pasien*	sudah usang 3. Penambahan Valet Parkir di Griya Puspa dan Gedung ISDB 4. Usulan renovasi ruang tunggu pasien IGD 24jam	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		
		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 <i>excellent</i>	19	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (<i>Multi Disciplinary Team</i>)	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	Rp1.733.430.000	Rp1.623.697.756

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		20	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Evaluasi dengan mikroskopik setiap bulan diperlukan untuk mengetahui konversi BTA. Evaluasi dengan mikroskopik setiap bulan untuk menentukan gagal pengobatan	Evaluasi pengobatan dengan mikroskopik 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 staf RS 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	Rp20.516.910.000	Rp16.494.321.717
		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 target 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 ditargetkan		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	24	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Terlaksananya Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	Jumlah Program Pendidikan dan Pelatihan dengan teknologi terkini	Rp108.000.000	
10	Terwujudnya Kepuasan <i>Stakeholder</i>	25	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Kerjasama dengan FKM UI untuk pelaksanaan kegiatan survei oleh Pihak ke-3	Mengetahui hasil survei independent pihak ke 3 yang akan dibandingkan dengan hasil survei Internal TK Hukermas dan akan dikirimkan ke Kementerian kesehatan dan Kementerian Keuangan sebagai Indikator KPI dalam bentuk Buku	Rp218.266.555.000	Rp198.537.985.353
		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		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
12	Terwujudnya Pengampunan 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	Rp1.000.000.000	Rp944.621.356
		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 penandatanga 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 penandatanganan PKS dengan RS Pengampu Regional 2) Pengajuan Alkes Kesehatan dan SDM tingkat Madya dan 3) Peningkatan jumlah RS mengikuti pelatihan layanan Respirasi dan TBC		

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja		Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
13	Terwujudnya rujukan espirasi asia tenggara	33	<i>Benchmarking/Sister Hospital</i>	1. Membuat usulan banchmarking terkait program suster hospital 2. Membuat laporan hasil banchmarking 3. Membuat MOU terkait program suster hospital	Terlaksananya banchmarking terkait program suster hospital	Rp1.376.640.000	Rp1.071.471.815
		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 PNBPN dan Biaya Operasional (untuk mengukur tingkat kemandirian rumah sakit)	Rp253.042.209.000	Rp246.062.428.508

No	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Kegiatan	Out put	Anggaran	Realisasi
		36	Persentase kenaikan <i>Revenue</i>	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 <i>revenue</i> center tercapai sesuai target, contohnya : Griya puspa dan UTD	Terlaksananya kenaikan <i>revenue</i> RS tahun 2024 dengan target 4,94%	
		37	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan*	1. Mengikuti undangan 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 <i>cash flow</i> 6. Melakukan percepatan pembayaran berdasarkan berkas yang diterima di Tim Kerja Anggaran 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:

Tabel 52 Realisasi anggaran berdasarkan sumber dan jenis belanja

KODE MAK (RM)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA	SISA	%
ANGGARAN APBN (RM)		110.778.939.000	108.878.430.173	1.900.508.827	98,28
51	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PNS	109.778.939.000	107.933.808.817	1.845.130.183	98,32
52	OPERASIONAL PERKANTORAN	1.000.000.000	944.621.356	55.378.644	94,46
ANGGARAN PNPB (BLU)		703.803.843.000	659.250.951.502	44.552.891.498	93,67
525	BELANJA BARANG	627.309.415.000	588.814.120.274	38.495.294.726	93,86
537	BELANJA MODAL (BLU)	76.494.428.000	70.436.831.228	6.057.596.772	92,08
JUMLAH ANGGARAN PLN		237.390.360.000	236.419.076.607	971.283.393	99,59
532	BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN (IsDB)	70.329.600.000	69.534.000.000	795.600.000	98,87
531	BELANJA MODAL GEDUNG DAN BANGUNAN	167.060.760.000	166.885.076.607	175.683.393	99,89
JUMLAH ANGGARAN (RM + BLU + PHLN)		1.051.973.142.000	1.004.548.458.282	47.424.683.718	95,49

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 tahun 2024 RSUP Persahabatan yang mendapatkan anggaran dari Rupiah Murni maupun BLU sebesar Rp1.051.973.142.000,- dan telah terserap anggaran sebesar Rp1.004.548.458.282,- (95,49%) sehingga sisa realisasi anggaran yang belum terserap sebesar Rp47.225.845.718,- (4,51%). Sedangkan nilai asset tetap sebesar Rp4.674.378.055.572,-. Telah melaksanakan efisiensi biaya terhadap pendapatan rumah sakit dengan target POBO sebesar 75% dan tercapai sebesar **79,97%**.

Dari pengukuran indikator KPI-RS tahun 2024 yang berjumlah 41 indikator terdapat 7 indikator yang belum memenuhi target tahunan yaitu:

1. Persentase staf berkinerja *excellent*
2. Persentase NDR di Rumah Sakit Vertikal
3. Persentase indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target
4. Capaian hasil survei budaya keselamatan
5. Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik
6. Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
7. Persentase nilai EBITDA Margin

Adapun hal-hal yang telah dilaksanakan selama 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 monitoring 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. Reviu secara berkala terkait pengisian kelengkapan rekam medis elektronik oleh Tim Reviu 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 pengampunan TB
13. Melaksanakan audit implementasi indikator mutu
14. Reviu 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.
18. Meningkatkan kerja sama dengan Instansi dalam negeri dan swasta untuk medical chek up.
19. Meningkatkan kerja sama dengan asuransi pemerintah dan swasta untuk pembiayaan pengobatan.

20. Membuka layanan medical chek up mobile

Rencana aksi di tahun 2025 antara lain :

Perbaiki Pengalaman Pasien :

- a. Pembangunan IGD executive dan ruang tunggu
- b. Pemeliharaan taman, toilet dan ruang tunggu pasien yang nyaman
- c. Perbaiki 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
- e. Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien
- f. Mengembangkan layanan klinis

Perbaiki 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
- e. Meningkatkan budaya kerja ber-AKHLAK

Peningkatan Mutu Layanan Klinis :

- a. Pengembangan Clinical Pathway berbasis IT
- b. Pengembangan penelitian yang mendukung layanan klinis
- c. Penerapan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway
- d. mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset

Peningkatan Tata Kelola RS :

- a. Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan terintegrasi
- b. 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.

- c. Peningkatan monitoring dan evaluasi berjenjang untuk kepatuhan petugas dalam melakukan input data secara real time (mulai dari PJ sarpras – Koordinator – Kepala Instalasi).
- d. Perhitungan unit cost menjadi dasar tarif RS
- e. Reviu 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.
- f. Meningkatkan efisiensi penggunaan anggaran dan meningkatkan optimalisasi penggunaan anggaran sesuai skala prioritas untuk mendukung pengembangan pelayanan.
- g. 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.
- h. Menindaklanjuti rekomendasi dari hasil evaluasi kinerja untuk perbaikan tahun berikutnya
- i. memenuhi sarpras dan alkes yang mendukung pengampunan pada layanan unggulan lainnya

Peningkatan pemasaran yang inovatif dan berfokus kepada pelanggan

- a. Pengembangan branding dan marketing RSV
- b. 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 Tahun 2024 dapat digunakan untuk perbaikan kinerja dan sebagai salah satu bentuk pertanggungjawaban Rumah Sakit terhadap Pemerintah, dalam hal ini Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Lampiran 1 Realisasi Anggaran Tahun 2024

KODE MAK (RM)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMPIAKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA RM	SISA	%
ANGGARAN APBN (RM)					
	GAJI DAN TUNJANGAN	109.778.939.000	107.933.808.817	1.845.130.183	98,32
511	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PNS	88.261.448.000	86.734.299.026	1.527.148.974	98,27
511111	Belanja Gaji Pokok PNS	60.772.440.000	60.372.249.400	400.190.600	99,34
511119	Belanja Pembulatan Gaji PNS	897.000	863.631	33.369	96,28
511121	Belanja Tunj. Suami/Istri PNS	4.364.450.000	4.332.174.180	32.275.820	99,26
511122	Belanja Tunj. Anak PNS	1.128.103.000	1.121.238.150	6.864.850	99,39
511124	Belanja Tunj. Fungsional PNS	8.120.841.000	8.024.680.000	96.161.000	98,82
511125	Belanja Tunj. PPh PNS	763.701.000	750.791.285	12.909.715	98,31
511126	Belanja Tunj. Beras PNS	2.987.978.000	2.982.907.380	5.070.620	99,83
511129	Belanja Uang Makan PNS	9.622.033.000	8.652.470.000	969.563.000	89,92
511151	Belanja Tunjangan Umum PNS	501.005.000	496.925.000	4.080.000	99,19
	PEMBAYARAN GAJI & TUNJANGAN PPPK	21.517.491.000	21.199.509.791	317.981.209	98,52
511611	Belanja Gaji Pokok PPPK	14.979.823.000	14.975.492.000	4.331.000	99,97
511619	Belanja Pembulatan Gaji PPPK	260.000	254.967	5.033	98,06
511621	Belanja Tunj. Suami/Istri PPPK	873.865.000	863.408.970	10.456.030	98,80
511622	Belanja Tunj. Anak PPPK	242.690.000	239.163.254	3.526.746	98,55
511624	Belanja Tunj. Fungsional PPPK	1.506.665.000	1.496.665.000	10.000.000	99,34
511625	Belanja Tunj. Beras PPPK	877.200.000	866.607.600	10.592.400	98,79
511628	Belanja Uang Makan PPPK	3.036.988.000	2.757.918.000	279.070.000	90,81
054	PELAYANAN PARUTB (PN)	1.000.000.000	944.621.356	55.378.644	94,46
521213	Belanja Honor Output Kegiatan Pengampunan RS Layanan Tuberkulosis (Honor Panitia)	5.300.000	5.300.000	-	100,00
522151	Belanja Jasa Profesi Kegiatan Pengampunan RS Layanan Tuberkulosis (Honor Narasumber)	31.000.000	30.900.000	100.000	99,68
524111	Belanja Perjalanan Dinas Biasa	337.590.000	282.399.302	55.190.698	83,65
524114	Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting Dalam Kota	456.410.000	456.410.000	-	100,00
524119	Belanja Perjalanan Dinas Paket Meeting Luar Kota	169.700.000	169.612.054	87.946	99,95
JUMLAH ANGGARAN RM		110.778.939.000	108.878.430.173	1.900.508.827	98,28

KODE MAK (BLU)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMPIAKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA BLU	SISA	%
525	BELANJA REMUNERASI & PENGEMBANGAN SDM	253.042.209.000	246.062.428.508	6.979.780.492	97,24
525111	BELANJA PEGAWAI DAN REMUNERASI	253.042.209.000	246.062.428.508	6.979.780.492	97,24
525	BELANJA OPERASIONAL DAN PEMELIHARAAN RS (BLU)	374.267.206.000	342.751.691.766	31.515.514.234	91,58
	OPERASIONAL PERKANTORAN	112.685.406.000	103.073.936.599	9.611.469.401	91,47
525112	ADMINISTRASI PERKANTORAN	18.128.027.000	16.236.699.779	1.891.327.221	89,57
525113	BELANJA JASA	16.272.084.000	15.565.432.699	706.651.301	95,66
	BELANJA PEMELIHARAAN RS	43.315.245.000	41.139.769.814	2.175.475.186	94,98
525114	PEMELIHARAAN FASILITAS KANTOR	41.581.815.000	39.516.072.058	2.065.742.942	95,03
525123	SUKU CADANG MEDIK & NON MEDIK / Belanja Barang Persediaan Pemeliharaan - BLU	1.733.430.000	1.623.697.756	109.732.244	93,67
525115	PERJALANAN DINAS	1.376.640.000	1.071.471.815	305.168.185	77,83
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA	56.283.745.000	53.706.010.589	2.577.734.411	95,42
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	5.321.500	138.678.500	3,70
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / (Sertifikasi dan Akreditasi Program)	1.656.000.000	220.825.636	1.435.174.364	13,33
525119	BELANJA PENYEDIAAN BARANG DAN JASA BLU LAINNYA / (Evaluasi dan Laporan Perencanaan Program Rumah Sakit)	90.000.000	-	90.000.000	-
525121	BELANJA BARANG PERSEDIAAN BARANG KONSUMSI	11.704.293.000	9.801.530.257	1.902.762.743	83,74
525126	BELANJA BARANG PERSEDIAAN BAHAN BAKU UNTUK PROSES PRODUKSI	6.922.617.000	6.466.644.324	455.972.676	93,41
525129	OBAT & ALKES HABIS PAKAI	218.266.555.000	198.537.985.353	19.728.569.647	90,96
537	BELANJA MODAL (BLU)	76.494.428.000	70.436.831.228	6.057.596.772	92,08
	BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN (MEDIK & NON MEDIK)	70.132.805.000	66.377.645.707	3.755.159.293	94,65

KODE MAK (BLU)	PROGRAM/KEGIATAN/OUTPUT/SUB OUTPUT / KOMPONEN/SUB KOMP/AKUN/DETAIL	PAGU ANGGARAN	REALISASI BELANJA BLU	SISA	%
537112	1. PENGADAAN ALAT KESEHATAN DAN MESIN (MEDIK)	25.790.505.000	24.156.980.942	1.633.524.058	93,67
537112	2. PENGADAAN ALAT NON MEDIK/SARANA DAN PRASARANA	44.342.300.000	42.220.664.765	2.121.635.235	95,22
	- BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN (PERALATAN NON MEDIK)	10.421.737.000	9.049.808.602	1.371.928.398	86,84
	- BELANJA MODAL PERALATAN DAN MESIN - BLU (PERALATAN NON MEDIK PENGUATAN PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK (IsDB) - BLU)	33.920.563.000	33.170.856.163	749.706.837	97,79
	PEMBANGUNAN GEDUNG DAN BANGUNAN LAYANAN REGULER - BLU	6.361.623.000	4.059.185.521	2.302.437.479	63,81
537113	RENOVASI GEDUNG DAN BANGUNAN/BELANJA MODAL FISIK LAINNYA	6.207.623.000	3.965.685.521	2.241.937.479	63,88
537114	BELANJA MODAL JALAN, IRIGASI DAN JARINGAN - BLU	154.000.000	93.500.000	60.500.000	60,71
JUMLAH ANGGARAN BLU		703.803.843.000	659.250.951.502	44.552.891.498	93,67

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	69.534.000.000	795.600.000	98,87
	Belanja Modal Peralatan dan Mesin (Alat Kesehatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (IsDB))	70.329.600.000	69.534.000.000	795.600.000	98,87
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan (IsDB)	2.709.060.000	2.533.386.018	175.673.982	93,52
	Penyelenggaraan Konsultan Pengawasan Manajemen Proyek (IsDB)	2.709.060.000	2.533.386.018	175.673.982	93,52
533111	Belanja Modal Gedung dan Bangunan (IsDB)	164.351.700.000	164.351.690.589	9.411	100,00
	Construction Of Women and Child Respiration Care Building (RSUP Persahabatan Respiration Hospital IsDB Financing asistant IDN 1031 - Pekerjaan Gedung RS	164.351.700.000	164.351.690.589	9.411	100,00
JUMLAH ANGGARAN PLN		237.390.360.000	236.419.076.607	971.283.393	99,59

Lampiran 2 Daftar Singkatan

Singkatan	Kepanjangan
Alkes	Alat Kesehatan
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	<i>Earning before interest, taxes depreciation, and amortization</i>
ECHO	<i>Extension for community health outcomes</i>
GCP	<i>Good Clinical Practice</i>
HWGS	<i>Human Whole Genom Sequencing</i>
IT	Informasi dan Teknologi
KPA	Kuasa Pengguna Anggaran
KSM	Kelompok Staf Medik
LN	Luar Negeri
MoU	Memorandum of understanding
PDN	Produk dalam negeri
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	<i>Subjective, Objective, Assessment & Plan</i>
SOP	Standar Operasional Prosedur
SPA	Sarana Prasarana dan Alat
TB	Tuberculosis
VBAC	<i>Vaginal Birth After Caesarean</i>
WGS	<i>Whole Genom Sequencing</i>