

# RSUP PERSAHABATAN

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI



## RENCANA KERJA TAHUNAN RSUP PERSAHABATAN TAHUN 2023

Jl. Persahabatan Raya No. 1 Jakarta 13230 Indonesia  
Telp. (62-21) 4891708, 4891745, Faksimile (62-21) 4711222  
Email : [info@rsuppersahabatan.co.id](mailto:info@rsuppersahabatan.co.id)  
Web : [www.rsuppersahabatan.co.id](http://www.rsuppersahabatan.co.id)

## Kata Pengantar

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, Rencana Kerja Tahunan (RKT) Tahun Anggaran 2023 telah selesai disusun. Rencana Kinerja Tahunan ini disusun sebagai panduan dalam pelaksanaan kegiatan selama tahun terkait sebagai wujud dalam upaya pencapaian sasaran dan target indikator kinerja tahun 2023 serta penjabaran dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Persahabatan 2020-2024.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 23 tahun 2005 perihal Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum. Peraturan Menteri Kesehatan RI Tahun 2005 dan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1679/Menkes/Per/XII/2005 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP Persahabatan menyebutkan bahwa RSUP Persahabatan adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) di lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan adalah Rumah Sakit Pemerintah Kelas A dengan Unggulan Rujukan Respirasi berdasarkan KEPMENKES No. HK.02.02/MENKES/566/2016.

Dokumen Rencana Kerja Tahunan (RKT) ini disusun sebagai realisasi kewajiban RSUP Persahabatan sesuai PerMenPan RB No.53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja Pelaporan Kinerja dan Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah, serta sejalan dengan tujuan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan periode tahun 2020-2024. Rencana Kinerja Tahunan menjabarkan indikator kinerja SMART-C (*Specific, Measurable, Agreeable, Realistic, Time-bounded, dan Continuously-improved*), dengan sasaran yang jelas, tepat, realistis dapat dinilai, diukur serta target yang menantang dan mampu laksana, sehingga dapat dicapai di akhir tahun.

Kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh unit kerja yang telah berkontribusi dalam penyusunan Rencana Kerja Tahunan (RKT) Tahun 2023. Akhir kata harapan dokumen ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan sebagai pedoman dalam melaksanakan pelayanan kesehatan secara paripurna.

Jakarta, Januari 2023

Direktur Utama



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

## DAFTAR ISI

|                                               | Halaman   |
|-----------------------------------------------|-----------|
| KATA PENGANTAR .....                          | ii        |
| DAFTAR ISI .....                              | iii       |
| <b>BAB I      PENDAHULUAN</b>                 |           |
| A. Latar Belakang.....                        | 1         |
| B. Tujuan.....                                | 2         |
| <b>BAB II     TUJUAN DAN SASARAN KINERJA</b>  |           |
| A. Dasar Hukum.....                           | 3         |
| B. Tujuan dan Sasaran Strategis.....          | 4         |
| <b>BAB III    INDIKATOR KINERJA</b>           |           |
| A. Indikator Kinerja Utama / KPI.....         | 9         |
| B. Perjanjian Kinerja .....                   | 11        |
| C. Program Kerja dan indikator kegiatan ..... | 13        |
| <b>BAB IV    PENUTUP .....</b>                | <b>29</b> |

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. LATAR BELAKANG**

Rumah Sakit adalah organisasi pelayanan publik yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan mengutamakan keselamatan pasiennya.

Dalam upaya memberikan pelayanan tersebut, Rumah Sakit tentu saja tidak terlepas dari keterbatasan sumber daya, baik sumber daya manusia, sarana-prasarana maupun keterbatasan sistem yang ada.

Untuk melaksanakan fungsi tersebut sebagai Rumah Sakit Vertikal, RSUP Persahabatan memiliki indikator-indikator yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan yang berfungsi sebagai tolok ukur pencapaian kinerja.

Sebagai upaya mewujudkan pelayanan kesehatan yang berkualitas tersebut berdasarkan indikator-indikator kinerja yang telah ditetapkan, maka harus di susun Rencana Kinerja Tahunan yang merupakan penjabaran dari Rencana Strategis Bisnis (RSB) Rumah Sakit.

RSUP Persahabatan sebagai Rumah Sakit Klas A Pendidikan eksilensi Pulmonologi sesuai Visi dan Misinya menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan penelitian. Berdasarkan PMK Nomor 25 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2019 tentang Klasifikasi Organisasi Rumah Sakit Di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Penetapan Tipe Organisasi Rumah Sakit dimana RSUP Persahabatan sebagai RSUP Tipe II dimana penetapan tipe RS berdasarkan pada hasil penilaian klasifikasi organisasi rumah sakit dan realisasi penerimaan negara bukan pajak padan layanan umum. RSUP Persahabatan Tipe II dengan 1 direktur utama dan 4 direktorat. PMK Nomor 26 Tahun 2022 Tentang Organisasi Dan Tata Kerja umah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Jenis Rumah Sakit Vertikal dimana Tugas dan Fungsi Klasifikasi RSUP Tipe II untuk RSUP Persahabatan dengan susunan organisasi RSUP dipimpin oleh Direktur Utama dengan dibantu 4 direktorat yaitu Direktorat Medik dan Keperawatan, Direktorat Sumberdaya Manusia, Pendidikan dan Penelitian, Direktorat Perencanaan dan Keuangan, serta Direktorat Layanan Operasional.

Rencana Kerja Tahunan (RKT) salah satu bentuk pertanggungjawaban Rencana Strategis Bisnis dalam suatu organisasi. Perencanaan kinerja tahunan merupakan penjabaran kegiatan dari implementasi rencana strategi bisnis dalam upaya mencapai visi dan misinya. Perencanaan kinerja sekaligus juga merupakan pedoman untuk pemantauan pencapaian kinerja/ target yang diinginkan.

RKT merupakan dokumen yang berisi informasi tentang target kinerja berupa keluaran dan atau dampak yang ingin diwujudkan oleh suatu organisasi pada satu tahun tertentu. RKT menuntut konsistensi antara pelaksanaan kegiatan dengan proses dan ketentuan dalam Rencana Strategi Bisnis sehingga diperlukan kompetensi, profesionalisme, dan disiplin pegawai dilingkungan organisasi dalam melaksanakan kegiatannya. Dokumen RKT adalah tolok ukur untuk mencapai akuntabilitas kinerja instansi, pertanggungjawaban pencapaian pelaksanaan Tupoksi RSUP Persahabatan, serta sebagai dasar dalam penetapan Perjanjian Kinerja (PK) Tahun 2023. Berdasarkan hal tersebut maka RSUP Persahabatan dalam penyusunan Rencana Kinerja Tahunan (RKT) tahun 2022 mengacu pada Rencana Kegiatan Anggaran K/L tahun 2023 yang telah disusun melalui PBE (Perencanaan Berbasis Elektronik) dan perencanaan kegiatan dan anggaran berdasarkan pagu indikatif.

Rencana Kerja Tahunan TA 2023 disusun oleh empat Direktorat dibawah Direktur Utama dengan melibatkan beberapa unit kerja di Lingkungan RSUP Persahabatan. Rencana Kinerja Tahun 2023 ini diharapkan dapat menjadi kompas yang membantu semua unit di Rumah sakit dalam melaksanakan kegiatannya.

Diharapkan RSUP Persahabatan dapat melaksanakan kegiatannya dengan lebih terarah, efektif dan efisien dengan semua keterbatasannya sesuai dengan kebutuhan dan arah pengembangan rumah sakit sesuai Visi dan Misinya.

## **B. TUJUAN**

Rencana Kinerja Tahunan RSUP Persahabatan sebagai panduan pimpinan, manajemen dan unit kerja dalam melaksanakan, mengendalikan dan monitoring kegiatan sesuai tugas pokok dan fungsi sebagaimana tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan serta Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi nomor 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

## **BAB II**

### **TUJUAN DAN SASARAN STRATEGIS**

#### **A. DASAR HUKUM**

Dalam melaksanakan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan selalu berlandaskan ketentuan / peraturan yang berlaku yang meliputi :

- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara;
- Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara;
- Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
- Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
- Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
- Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
- Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran;
- Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
- Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
- Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2018 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak;
- Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 Tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
- Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Barang Milik Negara/Daerah;
- Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan;
- Peraturan Pemerintah Nomor 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan;
- Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil;

- Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2019 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Jakarta;
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 – 2024;
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 264/P/Kes/1.0/1975 tentang Status Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan;
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1243/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Penetapan 13 (Tiga Belas) eks Rumah Sakit Perjan Menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kesehatan dengan Penetapan Pola Keuangan Badan Layanan Umum;
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 861/MENKES/VI/2005 tanggal 16 Juni 2005 Rumah Sakit Persahabatan merupakan salah satu rumah sakit yang beralih statusnya menjadi PPK-BLU (Pola Pengelola Keuangan Badan Layanan Umum) sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen Kesehatan;
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/566/2016 tentang Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Jakarta dengan Keunggulan Rujukan Respirasi;
- Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/I/0062/2019 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Sebagai Rumah Sakit Umum Kelas A;
- Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor Per-24/PB/2019 tentang Perubahan atas peraturan Dirjen Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016 tentang Penilaian Kinerja Badan Layanan Kesehatan;
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/6670/2021 tentang Penetapan RSUP Persahabatan sebagai Pusat Respirasi Nasional;
- Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan Tahun 2020 - 2024;
- Penetapan Kinerja RSUP Persahabatan yang ditetapkan Direktur Utama;

## **B. TUJUAN dan SASARAN STRATEGIS**

### **➤ Tujuan**

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan prima dengan menerapkan upaya dalam menjaga mutu dan keselamatan yang berkelanjutan melalui :
  - a) Menyelenggarakan pelayanan yang berkualitas dan aman, yang berorientasi kepada pasien berdasarkan standar yang diterapkan.
  - b) Mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk menjalin jaringan kerjasama yang saling menguntungkan.
  - c) Mengembangkan pendidikan dan penelitian kedokteran dan kesehatan.
  - d) Memberdayakan kepemimpinan untuk menggerakkan seluruh potensi sumber daya yang ada di Rumah Sakit.
  - e) Mewujudkan keselamatan pasien dan kepuasan pelanggan.
- 2) Mampu mewujudkan fungsinya memberikan pelayanan, pendidikan dan penelitian dibidang kesehatan respirasi yang kolaboratif di Indonesia.
- 3) Menjadi rujukan pelayanan, pendidikan dan penelitian kesehatan respirasi berskala Nasional dan Internasional.
- 4) Menjadi pionir pengembangan pelayanan kesehatan respirasi terpadu di Indonesia.

### **➤ Sasaran Strategis**

1. Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik
2. Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas
3. Terwujudnya sistem pelayanan berbasis teknologi dan terintegrasi
4. Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik
5. Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul
6. Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal
7. Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellent
8. Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi
9. Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan
10. Tingkat kepuasan stakeholder
11. Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan
12. Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia
13. Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara
14. Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya

## BAB III

### INDIKATOR KINERJA

#### A. Indikator Kinerja Utama / KPI

Rumah Sakit Umum Pusat Persahabatan telah menetapkan Indikator Kinerja Utama / KPI dengan target pencapaian pertahun yang dituangkan dalam Renstra. Indikator Kinerja Utama TA 2023 merupakan turunan dari Perjanjian Kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Menteri Kesehatan TA 2023, serta mendukung terlaksananya program transformasi kesehatan Kementerian Kesehatan.

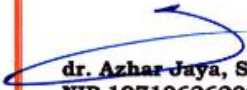
Untuk penetapan target tahun 2023 dapat dilihat pada tabel berikut :

| Indikator Kinerja Utama |                                                                                                                                                         | Target       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1                       | Persen(%) staf yang berkinerja ekselen                                                                                                                  | 85%          |
| 2                       | Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti                                                                                               | 98%          |
| 3                       | Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri                                                                                                        | 70%          |
| 4                       | Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**                                                                                | 95%          |
| 5                       | Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit                                                                                                               | 75%          |
| 6                       | Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**                                                                               | 1 layanan    |
| 7                       | Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**                                                                                     | 5000 sampel  |
| 8                       | Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**                                                                               | 1 sistem     |
| 9                       | Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)** | 100%         |
| 10                      | Jumlah PPK yang dievaluasi                                                                                                                              | 5 PPK/KSM/Th |
| 11                      | Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif                                                                                         | 4            |
| 12                      | Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**                                                                                                            | ≤2,5%        |
| 13                      | Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**                                                                     | 2 kali       |
| 14                      | Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;**                                                             | ≤ 30 menit   |
| 15                      | Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**                                                                                              | 1 layanan    |
| 16                      | Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**                                                                                               | ≥ 80%        |
| 17                      | Penundaan Waktu Operasi Elektif**                                                                                                                       | ≤ 3%         |
| 18                      | Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**                                                                                                               | ≥ 80%        |
| 19                      | Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**                                                                                                 | ≥ 80%        |
| 20                      | Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**                                                                                                          | 70%          |

|    |                                                                                                              |                                     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 21 | Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**          | 1 indikator tercapai setiap layanan |
| 22 | Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**                                                                  | Sesuai RBA                          |
| 23 | Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)                        | 95%                                 |
| 24 | Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis                                       | 80%                                 |
| 25 | jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi                              | 20                                  |
| 26 | Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun                  | 40                                  |
| 27 | Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten                                              | 10                                  |
| 28 | Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini                                                  | 1                                   |
| 29 | Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**                                                     | 1 layanan                           |
| 30 | Indeks Kepuasan Masyarakat**                                                                                 | ≥ 80%                               |
| 31 | Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**                                                       | ≥ 80%                               |
| 32 | Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator** | 12 laporan                          |
| 33 | Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**          | 12 laporan                          |
| 34 | Kepatuhan kebersihan tangan**                                                                                | ≥ 90%                               |
| 35 | Kepatuhan penggunaan APD**                                                                                   | 100%                                |
| 36 | Kepatuhan Identifikasi Pasien**                                                                              | 100%                                |
| 37 | Pelaporan hasil kritis laboratorium**                                                                        | 100%                                |
| 38 | Kepatuhan penggunaan formularium Nasional**                                                                  | ≥ 90%                               |
| 39 | Kepatuhan alur klinis ( <i>clinical pathway</i> )**                                                          | ≥ 85%                               |
| 40 | Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**                                                             | 100%                                |
| 41 | Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu                                                   | 6                                   |
| 42 | Pengampunan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**                           | 1                                   |
| 43 | Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**                                                       | 1                                   |
| 41 | Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu                                                   | 6                                   |
| 44 | <i>Benchmarking/Sister Hospital</i>                                                                          | 2                                   |
| 45 | Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara                                           | 50%                                 |
| 46 | Persen(%) kenaikan POBO                                                                                      | 78%                                 |
| 47 | Persen(%) kenaikan Revenue                                                                                   | 4.88%                               |
| 48 | Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**                            | 92,50%                              |
| 49 | Persentase realisasi target pendapatan BLU**                                                                 | 95%                                 |
| 50 | Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**                                                       | 97%                                 |
| 51 | Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**                                                         | 95%                                 |
| 52 | Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**                                         | 10%                                 |
| 53 | Persentase nilai EBITDA Margin                                                                               | 15%                                 |

**B. Perjanjian Kinerja**

Perjanjian kinerja RSUP Persahabatan Tahun 2023 yang telah mendapatkan pengesahan dari Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan adalah sebagai berikut :

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN<br/>RSUP PERSAHABATAN</b>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                |
| <b>PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                |
| Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |
| Nama                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | : DR.dr. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K), FISIR, FAPSR                                                                                                                                               |
| Jabatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | : Direktur Utama RSUP Persahabatan                                                                                                                                                             |
| selanjutnya disebut pihak pertama                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                |
| Nama                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS                                                                                                                                                                    |
| Jabatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan                                                                                                                                                        |
| selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                |
| Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami. |                                                                                                                                                                                                |
| Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.                                                                                          |                                                                                                                                                                                                |
| Jakarta, 30 Januari 2023                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                |
| Pihak Kedua,                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Pihak Pertama                                                                                                                                                                                  |
| <br><b>dr. Azhar Jaya, SKM, MARS</b><br><b>NIP 197106262000031002</b>                                                                                                                                                       | <br><b>Prof. DR.dr. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K),</b><br><b>FISIR, FAPSR</b><br><b>NIP 197408142006041010</b> |

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023**  
**RSUP PERSAHABATAN**

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

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

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

**Program**

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

**Total**

**Anggaran**

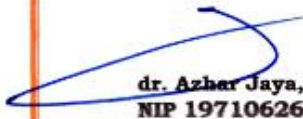
Rp 975.569.326.000

Rp 101.262.151.000

**Rp 1.078.831.477.000**

Jakarta, 30 Januari 2023

Pihak Kedua,

  
dr. Azhar Jaya, SKM, MARS  
NIP 19710626000031002

Pihak Pertama,

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

### C. PROGRAM KERJA DAN INDIKATOR KEGIATAN

Untuk mewujudkan target indikator kinerja utama tersebut telah disusun program kerja dan Indikator Kegiatan tahun 2023 berdasarkan KPI sebagai berikut :

Tabel . Rencana Kerja Tahunan TA 2023

| Sasaran Strategis                                                                                        | Indikator Kinerja Utama                   | Program Kerja Strategis                                                                                                                                | Kegiatan                                                               | Indikator                                                                               | Time Table |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | Unit Terkait | Anggaran                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--------------|-----------------------------------------------------------|
|                                                                                                          |                                           | 2023                                                                                                                                                   |                                                                        |                                                                                         | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |              |                                                           |
| 1. Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik | 1. Persen(%) staf yang berkinerja ekselen | 1. Peningkatan Kompetensi melalui Pendidikan dan Pelatihan<br>2. Pengembangan SDM melalui reward and punishment<br>3. Program Pemerataan SDM Kesehatan | Jam Pelatihan Karyawan dalam 1 tahun                                   | Terlaksananya pelatihan karyawan dalam 1 tahun $\geq$ 20 JPL per karyawan (target 60% ) |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | KS Diklit    | Rp 1.000.000.000,00                                       |
|                                                                                                          |                                           |                                                                                                                                                        | Bantuan dana pendidikan IsDB                                           | Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB                                              |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | KS SDM       | Rp 2.810.900.000,00                                       |
|                                                                                                          |                                           |                                                                                                                                                        | Pemberian bantuan untuk publikasi karya ilmiah di jurnal internasional | Terlaksananya bantuan publikasi karya ilmiah di jurnal internasional                    |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | KS Diklit    | Rp 500.000.000,00                                         |
|                                                                                                          |                                           |                                                                                                                                                        | Pelatihan Good Clinical Practice                                       | Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice                                          |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | KS Diklit    | Rp 70.000.000,00                                          |
|                                                                                                          |                                           |                                                                                                                                                        | Survey Implementasi nilai ber Akhlak                                   | Terlaksananya Survey Implementasi ber-Akhlak                                            |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | KS SDM       | tidak membutuhkan anggaran karena menggunakan google form |
|                                                                                                          |                                           |                                                                                                                                                        | Reward bagi petugas dan dokter untuk pemeriksaan di luar jam kerja     | Terlaksananya reward bagi petugas dan dokter untuk pemeriksaan diluar jam kerja         |            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    | KS SDM       | Rp 5.867.760.400                                          |

|                                                                  |                                                                             |                                                                                                              |                                                                                               |                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            |                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas | 2. Persentasi keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti                | Peningkatan pemeliharaan sarana dan prasarana.                                                               | Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali sesuai standar | Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤1 jam            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IPSRs      | Pty Cash IPSCRS & KL                                                                             |
|                                                                  |                                                                             |                                                                                                              | Penyusunan sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT                             | Tersedianya sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (SAMRS)                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | Non budgeting                                                                                    |
|                                                                  |                                                                             |                                                                                                              | Pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung                                           | Terlaksananya Pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | Rp 500.000.000,00                                                                                |
|                                                                  |                                                                             |                                                                                                              | Pemenuhan suku cadang dan sparepart yang sering digunakan                                     | Terpenuhinya suku cadang dan sparepart yang sering digunakan                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |            | Rp 700.000.000                                                                                   |
|                                                                  | 3. Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri                         | 1. Peningkatan pembelian alat kesehatan dalam negeri<br>2. Penggunaan produk perbekalan farmasi dalam negeri | Resosialisasi penggunaan alkes dalam negeri                                                   | Terlaksananya penggunaan alkes dalam negeri                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Yanjang | Rp. 3.811.964.000 (pembelian alkes PDN: Rp. 3.807.644.000, narsum sosialisasi PDN Rp. 4.300.000) |
|                                                                  |                                                                             |                                                                                                              | Updating produk dalam negeri kepada user                                                      | Terlaksananya pembelian alkes dalam negeri                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IPBJ       | proses pemilihan tidak memerlukan anggaran                                                       |
|                                                                  |                                                                             |                                                                                                              | Penggunaan dan evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam negeri                  | Evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam negeri                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Yanjang | non budgeting                                                                                    |
|                                                                  | 4. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar** | Peningkatan persentase pemenuhan Alat Kesehatan RS sesuai standar                                            | Evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja)            | Terlaksananya evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IPSRs      | non budgeting                                                                                    |
|                                                                  |                                                                             |                                                                                                              | Perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas                                 | Terlaksananya perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Yanjang | non budgeting                                                                                    |
|                                                                  |                                                                             |                                                                                                              | Pengusulan RAB alkes                                                                          | Pembuatan RAB                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Yanjang | sesuai pagu anggaran alkes 2023                                                                  |

|                                                                     |                                                                              |                                                                                              |                                                                                                                                    |                                                                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                           |                |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------|----------------|
| 3. Terwujudnya sistem pelayanan berbasis teknologi dan terintegrasi | 5. Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit                                 | Pengembangan dashboard bisnis rumah sakit                                                    | Pengembangan dashboard layanan, keuangan, piutang, SDM                                                                             | Tersedianya dashboard layanan, keuangan, piutang, SDM                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SIRS                                      | 2.500.000.000  |
|                                                                     |                                                                              |                                                                                              | Pengembangan aplikasi Keuangan dan inventory                                                                                       | Tercapainya aplikasi aset dan pengembangan lanjutan aplikasi keuangan                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SIRS                                      |                |
|                                                                     |                                                                              |                                                                                              | Self Assesment Tingkat Maturitas BLU 2022                                                                                          | Terlaksananya self assesment tingkat maturitas BLU 2022                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS PE                                     |                |
|                                                                     | 6. Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs** | Terwujudnya layanan berbasis Genomic untuk pasien Tuberculosis                               | pemeriksaan genomic dengan pasien Tuberculosis.                                                                                    | terlaksananya program tersebut                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tim BGSi (dr Budi Mikro & dr Riyadi Paru) | 9.000.000.000  |
|                                                                     | 7. Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**       | Pasien dengan resisten obat anti tuberculosis (OAT) dapat disembuhkan dengan obat yang lain. | Ditemukan atau pola resistensi (OAT) untuk masyarakat Indonesia                                                                    | didapatkan data yang menggambarkan kesehatan penderita Tuberculosis                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Tim BGSi (dr Budi Mikro & dr Riyadi Paru) | 18.000.000.000 |
|                                                                     | 8. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital** | Memasukan surveilans HAIS (RM H-07) kedalam E-MR : IDO, VAP, CAUTI, BSI/IADP                 | Melakukan surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut. | Terlaksananya surveilans IDO, VAP, CAUTI dan BSI berdasarkan data yang tercatat dalam EMR |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite PPI                                |                |
|                                                                     | 9. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan                        | Terlaksananya pengembangan RME Lanjutan (Nicu, Radiotherapi, ICU)                            | 1. Pengembangan sistem RME lanjutan (nicu, radiotherapi, ICU)                                                                      | Persentase pengembangan sistem RME Lanjutan tahun 2023                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SIRS                                      |                |

|                                               |                                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                          |                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
|                                               | (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)** | Terwujudnya pelaksanaan perangkat                                                                                         | 2. Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2023                                                                          | Persentase kelengkapan perangkat untuk menunjang kegiatan RME lanjutan tahun 2023                                                                                                              |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SIRS, Anggaran, PE, ULP                                                                                                                                  | ** bergabung dengan pengembangan sistem terintegrasi |
|                                               |                                                                                                      | Terlaksananya implementasi RME Lanjutan                                                                                   | 3. Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME                                                                                          | Tercapainya kegiatan pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME                                                                                                                                    |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SIRS dan DIKLIT                                                                                                                                          |                                                      |
|                                               |                                                                                                      | Penyempurnaan rekam medik elektronik                                                                                      | 1. Rapat koordinasi terkait hasil monev rekam medik elektronik<br>2. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia | Pengisian rekam medik berjalan optimal                                                                                                                                                         |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1. SIRS (Perangkat)<br>2. KS Pelayanan Medik (Kepatuhan Pengisian RME Ranap, Rajal dan KSM)<br>3. KS Yanjang (Kepatuhan pengisian RME di unit penunjang) |                                                      |
|                                               |                                                                                                      | Acuan nya harus dibahas sesuai roadmap simrs, kami mengikut                                                               | Monitoring pengisian integrasi RME unit penunjang                                                                                  | Terlaksananya monitoring integrasi RME unit penunjang                                                                                                                                          |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | untuk monitoring integrasi RME non budgeting                                                                                                             |                                                      |
|                                               |                                                                                                      |                                                                                                                           | Evaluasi integrasi RME unit penunjang                                                                                              | Terlaksananya evaluasi integrasi RME unit penunjang                                                                                                                                            |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                          |                                                      |
|                                               |                                                                                                      |                                                                                                                           |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                          |                                                      |
| 4. Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik | 10. Jumlah PPK yang dievaluasi                                                                       | 1. Terwujudnya kegiatan audit medik regular berdasarkan kasus prioritas RS                                                | Membuat panduan, kebijakan dan SPO                                                                                                 | Capaian kegiatan audit medik regular berdasarkan kasus prioritas RS                                                                                                                            |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite Medik                                                                                                                                             | Non budgeting                                        |
|                                               |                                                                                                      | 2. Terwujudnya kegiatan Audit Medik berdasarkan permintaan                                                                | Monitoring dan Evaluasi kegiatan                                                                                                   | Capaian Kegiatan audit medik berdasarkan permintaan                                                                                                                                            | TENTATIVE / BERDASARKAN PERMINTAAN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                          |                                                      |
|                                               |                                                                                                      | 3. Terwujudnya kegiatan Audit 5 standar pelayanan kedokteran dimasing-masing KSM (PPK,CP, SPO, Standing Order, Algoritma) | Pelaksanaan kegiatan audit dan dokumentasi hasil audit                                                                             | Capaian kegiatan audit kepatuhan 1-5 standar pelayanan medis oleh KSM (PPK,CP,SPO,Standing Order, Algoritma)<br><br>Capaian kegiatan pembahasan kasus sulit, kasus terpadu, dan kasus kematian |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                          |                                                      |

|                                                     |                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                             |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |               |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|---------------|
| 5.<br>Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul | 11. Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif                     | Penetapan layanan unggulan RS              | 1. Pemilihan layanan unggulan rumah sakit<br>2. Penetapan layanan unggulan rumah sakit<br>3. Monev layanan unggulan RS                                                                                                                                            | Capaian layanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif                                  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik | Non budgeting |
|                                                     | 12. Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**                                        | MDT pada kasus sulit                       | Mengikuti kegiatan MDT di KSM                                                                                                                                                                                                                                     | Penurunan angka kematian                                                                    | situasional |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik | non budgeting |
|                                                     | 13. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)** | Audit medis pada 9 kasus layanan prioritas | 1. Sosialisasi Kasus Layanan Prioritas ke seluruh KSM terkait<br>2. Pengukuran Indikator Klinis oleh masing2 KSM terkait<br>3. Audit Medis pada kasus layanan prioritas oleh Komite Medik<br>4. Pelaporan dan rekomendasi hasil audit medis kepada Direktur Utama | Terlaksananya audit medis pada kasus layanan prioritas                                      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite Medik       | Non budgeting |
|                                                     | 14. Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu ≤ 30 menit;**               | Dukungan terhadap Tim Ponok                | Peran serta terhadap terlaksananya SC cito                                                                                                                                                                                                                        | Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit;** | situasional |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik |               |

|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                       |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |                    |                |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------------------------------|--------------------|----------------|
| 6. Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal | 15. Terselenggara nya layanan unggulan bertaraf internasional** | Monev terhadap layanan unggulan bertaraf Internasional                                                                                                                                                                                                                                      | Peran serta terhadap terwujudnya layanan unggulan Internasional                                       | Terwujudnya layanan unggulan bertaraf Internasional                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        | KS Pelayanan Medik | non budgeting  |
|                                                              | 16. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**   | 1. Terkait pelayanan obat Farmasi :<br>a. Perbaikan waktu tunggu obat rawat jalan melalui perbaikan alur pelayanan sehingga lebih ringkas dan efisien dari segi waktu dan tenaga<br>b. Renovasi apotik rawat jalan sehingga ruang dispensing dan loket lebih luas dan memudahkan pelayanan. | Meng-aktifkan sistem antrean untuk menghitung waktu tunggu                                            | Respon time Obat racikan dan non racikan sesuai standar (sejak pasien resep diterima oleh petugas farmasi sampai obat diterima oleh pasien) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Instalasi Farmasi                      |                    |                |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Menambah petugas TTK dan Apoteker                                                                     |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |                    |                |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Menambah TV display antrean                                                                           |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |                    |                |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Rencana pindah ke tempat yang baru (lebih sesuai dgn alur pelayanan) dan ruang tunggu yang lebih luas |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |                    |                |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Mengembangkan EWS dalam verifikasi, pengkajian kesesuaian terhadap Fornas.                            |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |                    |                |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Brdiging system BPJS dengan pelayanan resep rawat jalan                                               |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |                    |                |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Kerjasama dengan pihak ke-3 untuk mengantar obat.                                                     |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        |                    |                |
|                                                              |                                                                 | 2. Terkait Instalasi Rawat Jalan :<br>a. Perbaikan waktu tunggu rawat jalan                                                                                                                                                                                                                 | Peningkatan pelayanan paperless di setiap loket poliklinik                                            | Respon time pelayanan rawat jalan sesuai standar (sejak cetak SEP s/d pasien ditangani oleh dokter)                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                        | IRJ                | 300.000.000,00 |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Membuat sistem pelayanan per sesi jam kunjungan                                                       |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 1. Untuk alat finger print dan monitor |                    |                |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Usulan sistem antrian digital di setiap poilklinik                                                    |                                                                                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2. Anggaran SIRS                       |                    |                |

|  |                                                             |                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |               |
|--|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|---------------|
|  | 17. Penundaan Waktu Operasi Elektif**                       | Pemantauan penundaan waktu operasi elektif                       | Peningkatan peran serta seluruh stake holder yang terkait pelayanan operasi elektif                                                                                             | Penundaan waktu operasi elektif ≤1 jam sesuai standar (3%)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IBS                      | 5.500.000     |
|  |                                                             |                                                                  | Peningkatan koordinasi dalam persiapan pelayanan operasi elektif sesuai jadwal operasi yang telah disusun ke unit terkait (KS Pelayanan Medik, KSM, IRIN, Farmasi, ISSB, IPSRS) |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |               |
|  |                                                             |                                                                  | Peningkatan monitoring dan evaluasi alasan penundaan operasi elektif ke unit terkait (KSM, IRIN, IRJ, IRI, Farmasi, ISSB, IPSRS)                                                |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |               |
|  | 18. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**               | Pemantauan Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik               | Usulan pembuatan nama dokter dan jam praktek pada setiap poliklinik                                                                                                             | Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sesuai jadwal       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IRJ                      | 38.500.000,00 |
|  |                                                             |                                                                  | Sistem reward untuk tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu melebihi target                                                                                          |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          | 8.400.000     |
|  | 19. Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap** | Pemantauan Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap | Peningkatan Monev visite DPJP                                                                                                                                                   | Visite pasien rawat inap oleh DPJP ≤jam 14.00 tercapai 100% |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik, IRIN | tidak ada     |
|  |                                                             |                                                                  | Membentuk tim monev visite DPJP, yang terdiri dari Kepala ruangan dan Ka Sub Pelayanan, yang mampu membuat laporan sesuai data yang ada di ruangan                              |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                          |               |

|  |                                                                                                            |                                                                                        |                                                                    |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |                         |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|-------------------------|
|  | 20.<br>Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**                                                      | 1. Peningkatan fasilitas parkir sesuai standar<br>2. Perbaikan sarana prasarana parkir | Pembagian Zonasi Parkir untuk pengunjung dan pegawai               | Terlaksananya Zonasi Parkir untuk pengunjung dan karyawan                                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Umum dan Vendor Parkir | dilakukan vendor parkir |
|  |                                                                                                            |                                                                                        | Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi                      | Terlaksananya Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Umum dan Vendor Parkir | dilakukan vendor parkir |
|  |                                                                                                            |                                                                                        | Perubahan alur parkir menjadi 1 arah (counter clockwise)           | terlaksananya Perubahan alur parkir menjadi 1 arah (counter clockwise)                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Umum dan Vendor Parkir | dilakukan vendor parkir |
|  |                                                                                                            |                                                                                        | Penambahan kantong parkir di area rumah dinas                      | Terlaksananya Penambahan kantong parkir di area rumah dinas                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IPSRS                     | Rp 50.000.000,00        |
|  |                                                                                                            |                                                                                        | Perbaikan jalan rumah sakit untuk kenyamanan pasien dan pengunjung | Terlaksananya Perbaikan jalan rumah sakit untuk kenyamanan pasien dan pengunjung                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IPSRS                     | non budgeting           |
|  | 21.<br>Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)** | Monev capaian layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**          | Laporan hasil monev ke KSM terkait                                 | Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik        | non budgeting           |
|  | 22.<br>Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**                                                         | Monev terhadap layanan unggulan VVIP di RS                                             | Supervisi layanan unggulan VVIP di RS                              | Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik        | non budgeting           |
|  |                                                                                                            |                                                                                        |                                                                    |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |                         |
|  |                                                                                                            |                                                                                        |                                                                    |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |                         |
|  |                                                                                                            |                                                                                        |                                                                    |                                                                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                           |                         |

|                                                                   |                                                                                                 |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                        |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |              |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|--------------|
| 7.<br>Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellent  | 23. Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)       | Peningkatan pelaksanaan MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani                                                                                                   | Penguatan pelaksanaan MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani dengan cara berkoordinasi dengan unit terkait | Terlaksananya MDT untuk kasus sulit respirasi yang ditangani                                                                                                                           | Sesuai Kebutuhan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik | Rp 5.000.000 |
|                                                                   | 24. Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis                      | Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis                                                                                    | Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis                              | Terlaksananya monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis                                                                                    |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TIM TB DOTS/RO     |              |
| 8.<br>Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi | 25. jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi             | 1. Peningkatan penelitian respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan<br>2. Peningkatan karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal internasional yang terakreditasi | Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi SDM Kesehatan dan Non Kesehatan                                              | 1. Peningkatan Jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan<br>2. Peningkatan Jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal internasional yang terakreditasi |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Diklit          | 50.000.000   |
|                                                                   | 26. Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun |                                                                                                                                                                          | Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    | 500.000.000  |
|                                                                   |                                                                                                 |                                                                                                                                                                          | Kerjasama multicentre baik nasional maupun internasional                                                           |                                                                                                                                                                                        |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    | —            |
|                                                                   | 27. Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten                             | Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten                                                                                              | Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten                                        | Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten                                                                                                            |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Diklit          | 50.000.000   |

[illegible]

|                                             |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                 |                                                                                                      |                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                 | Pemenuhan dan perbaikan sarana prasarana fasilitas umum (toilet pasien, ruang tunggu, taman, parkir) |                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | IPSR               | Toilet pasien Cempaka Atas Rp 187.786.000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                             |                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                 | Pemenuhan kebutuhan pasien dibidang pelayanan medik                                                  |                                                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik | sesuai anggaran kebutuhan pasien terkait dengan pelayanan medik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 11.<br>Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan | 32. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator** | 1. Tercapainya target 13 INM di RSUP Persahabatan<br>2. Terselenggaranya mutu pelayanan sesuai standar akreditasi yang tercermin dalam capaian INM                              | 1. pengumpulan data INM, pembahasan dan evaluasi 2. Validasi Data 3. Monev                           | Terkumpulnya laporan capaian INM beserta analisa dan rencana perbaikan                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite Mutu        | Reedukasi pengukuran & validasi data, evaluasi capaian dan pembuatan PDSA (Peserta PIC 1 & 2 serta Ka Unit Kerja April 2023) Rp. 10.000.000,- Pendampingan Indikator Juli dan Oktober 2023 Non budget                                                                                                                                                                              |
|                                             | 33. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**          | 1. Terwujudnya budaya keselamatan pasien dalam kegiatan sehari-hari<br>2. Terkelolanya laporan IKP dengan baik<br>3. Terwujudnya pelayanan yang mengutamakan keselamatan pasien | pengumpulan laporan IKP, regrading dan pembahasan upaya tindak lanjut dengan unit terkait            | Tersusunya laporan IKP beserta evaluasi dan rencana tindak lanjut, Tidak terjadinya IKP sentinel dengan kategori never event |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite Mutu        | Pelaksanaan survey budaya keselamatan, Reedukasi IKP secara keseluruhan/ Ka. Unit Kerja/ Rp. 10.000.000,-, Penguatan Monev/Non Budgeting, Sosialisasi Manajemen risiko meliputi penyusunan daftar risiko dan FMEA/Ka. Unit Kerja/Rp. 10.000.000,-, Patient safety award (lomba pembuatan poster edukasi keselamatan pasien /civitas hospitalia/Rp. 10.000.000/Agustus 2023, Survey |

|                                        |                                                                                            |                                                                       |                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                             |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        |                                                                                            |                                                                       |                                                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             | Budaya Keselamatan/Pihak luar /Random sampling)/Rp. 80.000.000 /Juli 2023.                                                  |
| 34.<br>Kepatuhan kebersihan tangan**   | Menjadikan kebersihan tangan sebagai budaya di lingkungan RSUP Persahabatan                | 1. Reminder kebersihan tangan dengan media video dan paging           | Terlaksananya tayangan video dan paging kebersihan tangan sesuai jadwal yang ditentukan       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite PPI  |                                                                                                                             |
|                                        |                                                                                            | 2. Audit kebersihan tangan 5 momen di semua ruang perawatan           | Terlaksananya audit kebersihan tangan pada Dokter, Perawat, peserta didik, penunjang/ pekarya |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                             |
|                                        |                                                                                            | 3. Monitoring kelengkapan fasilitas kebersihan tangan                 | Tersedianya sarana handwash dan handrub di lingkungan RSUP Persahabatan                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                             |
| 35.<br>Kepatuhan penggunaan APD**      | Meningkatkan kepatuhan penggunaan APD pada petugas                                         | 1. Melakukan audit ketepatan penggunaan APD di area pelayanan pasien. | Terlaksananya audit penggunaan APD di area pelayanan pasien                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite PPI  |                                                                                                                             |
|                                        |                                                                                            | 2. Monitoring ketersediaan APD di RS                                  | Terlaksananya monitoring ketersediaan APD dan kebutuhan APD terpenuhi                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                             |
|                                        |                                                                                            | 3. Fit Test masker N95                                                | Terlaksananya fit test masker N95 pada petugas kesehatan di pelayanan airborne disease        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |                                                                                                                             |
| 36.<br>Kepatuhan Identifikasi Pasien** | Terimplementasi standar kepatuhan identifikasi di seluruh area dan proses pelayanan pasien | Monev kepatuhan identifikasi pasien oleh unit kerja terkait           | Tidak adanya IKP terkait kesalahan identifikasi pasien                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite Mutu | Koordinasi dengan unit terkait agar sasaran keselamatan pasien diimplementasikan secara konsisten (pendampingan) non Budget |

|                                                      |                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                       |                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 37. Pelaporan hasil kritis laboratorium**            | 1. Digitalisasi pelaporan nilai kritis by system.<br>2. Pelatihan SDM mengenai pelaporan nilai kritis                               | 1. Membuat konsep pelaporan nilai kritis secara digital dengan berkolaborasi dengan SIMRS.<br>2. Melakukan pelatihan internal terhadap semua staf analis di laboratorium mengenai nilai kritis | 1. Terdapat konsep pelaporan nilai kritis secara digital.<br>2. Terjadinya pelatihan internal di laboratorium                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Instalasi Lab Terpadu |                                                                                                                             |
| 38. Kepatuhan penggunaan formularium Nasional**      | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah Peresepan obat oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional. | Menghitung Jumlah R/ yang sesuai dengan formularium nasional.                                                                                                                                  | Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu kepada formularium nasional |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Instalasi Farmasi     |                                                                                                                             |
| 39. Kepatuhan alur klinis (clinical pathway)**       | Pelayanan sesuai clinical pathway                                                                                                   | 1. Pemilihan clinical pathway RS<br>2. Penyusunan Clinical Pathway<br>3. Implementasi Clinical Pathway<br>4. Monev Clinical Pathway<br>5. Efisiensi Clinical Pathway                           | Terlaksananya kepatuhan layanan sesuai clinical pathway                                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite Medik          | Updating keilmuan monev CP = Rp. 30.000.000,=                                                                               |
| 40. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh** | Terimplementasi standar kepatuhan pencegahan risiko jatuh di seluruh area dan proses pelayanan pasien                               | Monev kepatuhan upaya pencegahan risiko jatuh oleh unit kerja terkait                                                                                                                          | Tidak adanya IKP terkait pasien jatuh                                                                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Komite Mutu           | Koordinasi dengan unit terkait agar sasaran keselamatan pasien diimplementasikan secara konsisten (pendampingan) non Budget |

|                                                                          |                                                                |                                                 |                                                              |           |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 12. Terwujudnya Pengampunan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia | 41. Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu | Program pengampunan RS Jejaring TB di Indonesia | Pengajuan Sarana prasarana dan SDM untuk program pengampunan | Terpenuhi | nya sarana dan prasarana SDM untuk program pengampunan |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|                                                               |                                                                                       |                                                                              |                                                                                                                                                                    |                                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |                                               |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|-----------------------------------------------|
| 13.<br>Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara            | 44. <i>Benchmarking /Sister Hospital</i>                                              | Program Sister Hospital                                                      | Pengusulan program potensial sister hospital dengan beberapa negara di Dunia<br>Penguatan sister hospital dengan terwujudnya Ikatan Kerjasama Luar Negeri          | Terlaksananya sister hospital dengan 1 negara                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik | Rp 10.000.000                                 |
|                                                               | 45. Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara                | Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir            | Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir                                                                                                  | Pengembangan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik | sesuai kebutuhan pelayanan unggulan respirasi |
|                                                               | 46. Persen(%) kenaikan POBO                                                           | Monitoring dan evaluasi atas pendapatan PNB dan biaya operasional            | menghitung Pendapatan PNB terhadap Biaya Operasional ( POBO )                                                                                                      | Terlaksananya penghitungan Pendapatan PNB terhadap Biaya Operasional                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Akuntansi       | non budgeting                                 |
| 14.<br>Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya | 47. Persen(%) kenaikan Revenue                                                        | Optimalisasi penyerapan anggaran dengan memaksimalkan system IT terintegrasi | Optimalisasi penyerapan anggaran dengan memaksimalkan system IT terintegrasi                                                                                       | Peningkatan revenue RS                                                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Anggaran        | Non budgeting                                 |
|                                                               | 48. Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti** | Terwujudnya tindak lanjut LHP BPK tuntas.                                    | 1. Pendampingan dan konsultasi dengan Tim BPK .<br>2. Melakukan Tindak Lanjut LHP BPK, secara berkesinambungan.<br>3. Update Data dan konsultasi dengan Tim Itjen. | Terlaksananya prosentasi rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SPI                |                                               |

|                                                            |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |               |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|---------------|
| 49. Persentase realisasi target pendapatan BLU**           | Terlaksananya pemantauan realisasi pendapatan secara akurat setiap bulannya                                        | 1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pendapatan BLU sesuai dengan pencatatan penerimaan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya.<br>2. Melaporkan ke KPA maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.                                                                                 | Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari pendapatan BLU maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Anggaran | non budgeting |
| 50. Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni** | Terlaksananya pemantauan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari rupiah murni secara akurat setiap bulannya | 1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya.<br>2. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.                    | Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni (RM) maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Anggaran | non budgeting |
| 51. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**   | Terlaksananya pemantauan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari BLU secara akurat setiap bulannya          | 1. KS Anggaran melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya.<br>2. Rekonsiliasi dengan KS Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran.<br>3. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA | Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari Dana PNPB BLU maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya.     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Anggaran | non budgeting |

|     |                                                                      |                                                                  |                                                             |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |               |
|-----|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------|---------------|
|     |                                                                      |                                                                  | dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya. |                                                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                    |               |
| 52. | Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP** | Monev peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**  | Supervisi pelayanan unggulan VVIP                           | Peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Pelayanan Medik |               |
| 53. | Persentase nilai EBITDA Margin                                       | Monitoring atas Surplus / Defisit atas pendapatan terhadap biaya | Penghitungan EBITDA MARGIN                                  | Terlaksannya penghitungan atas Surplus/Defisit RS terhadap biaya operasional RS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | KS Akuntansi       | non budgeting |

Jakarta, Januari 2023

Direktur Utama



**Prof. DR. Ir. Agus Dwi Susanto, Sp.P(K), FISIR, FARSR**  
NIP. 197408142006041010

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

Dokumen Rencana Kinerja Tahunan (RKT) Tahun 2023 ini merupakan komitmen RSUP Persahabatan dalam penyelenggaraan pemerintahan yang baik (good governance) serta sebagai upaya untuk penyelenggaraan pemerintahan yang bersih (clean goverment) sebagaimana diharapkan oleh semua pihak. Perencanaan kinerja merupakan komitmen bagi instansi untuk mencapai sasaran dan program yang telah ditetapkan pada tahun yang direncanakan. Penyusunan rencana kinerja tahunan RSUP Persahabatan tahun 2023 merupakan panduan dalam pelaksanaan program, kegiatan dengan target kerja yang lebih terukur serta pengelolaan sumber daya yang lebih efektif dalam upaya mencapai sasaran dan tujuan RSUP Persahabatan sebagaimana tertuang dalam Rencana Strategik Bisnis (RSB) tahun 2020-2024. Rencana Kerja Tahun 2023 disusun dari masing-masing unit dan disesuaikan dengan program dan kebutuhan unit, sehingga tercapai efisiensi dan peningkatan kinerja. Rencana kerja tahunan juga disusun untuk menjadi acuan dalam perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian serta evaluasi pelaksanaan dalam kurun waktu satu tahun. Dengan demikian, unit kerja yang mempunyai target kinerja akan dievaluasi pada akhir periode Desember 2023 sd Januari 2024. Dengan tersusunnya Dokumen Rencana Kerja Tahunan (RKT) ini, diharapkan dapat memberikan gambaran yang jelas dan transparan atas pelaksanaan program dan kegiatan sebagai penjabaran dari Rencana Strategik Bisnis lima tahunan.