



RSUP PERSAHABATAN

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI



REVISI.3 RENCANA STRATEGI BISNIS RSUP PERSAHABATAN 2020-2024

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

Kata Pengantar

Rencana Strategi Bisnis (RSB) merupakan salah satu perangkat strategis bagi manajemen puncak dari suatu organisasi publik yang memandu dan mengendalikan arah gerak dan perkembangan organisasi. Untuk itu, Rencana Strategi dapat dijadikan sebagai kompas dalam penentuan kebijakan perusahaan. Rencana Strategi sangat dibutuhkan utamanya dengan adanya dinamika dalam keberlangsungan proses bisnis rumah sakit, seperti dengan adanya perubahan tuntutan internal dan eksternal. Hal ini akan dapat mencegah proses bisnis rumah sakit menyimpang jauh dari tujuan yang telah ditetapkan

Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan tahun 2020-2024 merupakan revisi dokumen rencana strategi bisnis RSUP Persahabatan pada periode 2020-2024, dimana tata naskah Revisi.3 RSB sudah disesuaikan dengan PMK Nomor 202/PMK.05/2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 129/PMK.05/2020 tentang Pedoman Pengelolaan Badan Layanan Umum. Perubahan RSB Revisi.3 didasarkan pada hasil evaluasi Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) oleh Tim Evaluator Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan . Berdasarkan hasil evaluasi tersebut dihasilkan rancangan berupa perubahan sasaran strategis yang semula berorientasi pada proses menjadi berorientasi pada outcome.

Dengan selesainya Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan tahun 2020-2024, maka seluruh unit kerja harus mengacu pada Revisi.3 RSB ini dalam menyusun perencanaan / program kerja setiap tahunnya sehingga diharapkan dapat menumbuhkan budaya kerja yang sinergis.

Akhir kata kami ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah menyumbang pikiran dan tenaga dalam penyusunan Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan tahun 2020-2024.

Jakarta, Juli 2023
Direktur Utama



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

LEMBAR PENGESAHAN
RENCANA STRATEGI BISNIS

TAHUN 2020-2024

REVISI.3

DISAHKAN DI : JAKARTA

PADA TANGGAL : JULI 2023

OLEH

Direksi

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

Direktur Utama

Dr.Andi Yussianto,M.Epid

Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan & Penunjang

Sri Purwaningsih Teguh Rahayu,SE,MARS

Direktur Keuangan dan BMN

Drg. Rani Dwiharianti,MKM

Plh. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

**DISETUJUI
OLEH
DEWAN PENGAWAS**

dr. Indri Yogaswari, MARS
Ketua

Bonanza Perwira Taihitu, S.Sos, M.Si
Anggota

Prof.dr.Djoko Santoso, Sp.PD, K-GH, Ph.D, FINASIM
Anggota

Dian Lestari, S.IP, M.A
Anggota

Anita Iskandar, S.S, MPP
Anggota

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
DAFTAR ISI	iv
IKHTISAR EKSEKUTIF	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
I.1 Resume Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024.....	1
I.2 Visi – Misi RSUP Persahabatan	2
I.3 Target Rencana Strategis dan Bisnis RSUP Persahabatan	3
BAB II ANALISIS DAN STRATEGI	4
II.1 Evaluasi Kinerja BLU	4
II.2 Analisis SWOT dan TOWS Matriks	8
II.3 Inisiatif Strategis	11
II.4 Analisa Risiko.....	12
BAB III RENCANA STRATEGIS BISNIS	16
III.1. Program Kementerian Kesehatan	16
III.2. Strategi Bisnis dan Program Kerja Strategis	18
BAB IV PENUTUP	30
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel II.1 Pencapaian sasaran strategis dan IKU periode 2015-2019	4
Tabel II.2 Pencapaian sasaran startegis dan IKU periode 2020-2021	6
Tabel II.3 Matriks TOWS	10
Tabel II.4 Analisa Risiko	12
Tabel II.5 Tabel Mitigasi Risiko	13
Tabel III.1 Tabel strategis Bisnis dan Program Kerja Strategis RSUP Persahabatan 2020-2024	18
Tabel III.2 Revisi sasaran strategis dan IKU RSUP Persahabatan 2020-2024.....	28
Tabel Profile RSUP Persahabatan.....	31
Tabel SOTK RSUP Persahabatan	32
Tabel Gambaran kinerja RSUP Persahabatan	33
Tabel Kinerja produk unggulan periode 2017-2019	37
Tabel Kinerja aspek keuangan	38
Tabel Indikator kinerja BLU	41
Tabel Rekapitulasi tenaga	44
Tabel Benchmarking RSUP Persahabatan 2020-2024	47
Tabel Analisa SWOT	48
Tabel Mitigasi Risiko RSUP Persahabatan tahun 2020-2024	51
Tabel Pelayanan unggulan RSUP Persahabatan 2020-2024	53
Tabel Roadmap 2020-2024	54
Tabel Estimasi pendapatan 2020-2024	55
Tabel Anggaran keberlangsungan operasional 2020-2024	56
Tabel Anggaran pengembangan tahun 2020-2024.....	57
Tabel Rencana pendanaan	60

DAFTAR GAMBAR

Gambar II.2 : Grafik Kartesius	12
Gambar III.2: Peta Strategis balanced Scorecard (BSC)	12
GRAFIK ROADMAP 2020 - 2024.....	53

IKHTISAR EKSEKUTIF

RSUP Persahabatan telah menyusun Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020-2024 yang didalamnya meliputi Visi – Misi – Sasaran Strategis – Indikator Kinerja Utama – Target Kinerja yang harus dicapai – Program Kerja yang akan dicapai di tahun 2024.

Dalam rangka mewujudkan Visi RSUP Persahabatan yaitu Menjadi Rumah Sakit Kelas Dunia dengan Unggulan Respirasi, maka RSUP Persahabatan memiliki misi “Melaksanakan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan, berbasis teknologi terkini, Melaksanakan fungsi rujukan respirasi nasional, Melaksanakan tata kelola berstandar internasional, ramah lingkungan dan efisien, Melaksanakan pendidikan, penelitian dan pelatihan bidang kedokteran dan kesehatan”.

Untuk mewujudkan visi dan misi tersebut, maka RSUP Persahabatan menetapkan sasaran strategis yaitu :

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 IT dan teknologi kesehatan yang andal
4. Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik
5. Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul
6. Terwujudnya pelayanan *centre of excellence secara optimal*
7. Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang ekselen
8. Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi di bidang respirasi
9. Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan
10. Terwujudnya kepuasan stakeholder
11. Terwujudnya mutu dan pelayanan kesehatan
12. Terwujudnya pengampuan pelayanan respirasi RS di Indonesia
13. Terwujudnya rujukan respirasi Asia Tenggara
14. Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya

Perubahan sasaran strategis ini didasarkan pada hasil evaluasi Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) oleh Tim Evaluator Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan . Berdasarkan hasil evaluasi tersebut dihasilkan rancangan berupa perubahan sasaran strategis yang semula berorientasi pada proses menjadi berorientasi pada outcome.

Untuk mendukung terwujudnya sasaran strategis tersebut, maka ditetapkan Indikator Kinerja Utama (IKU) Rumah Sakit. Sebanyak 53 IKU telah ditetapkan dan tersusun profil indikator untuk memudahkan pencapaian target yang telah ditetapkan.

Berdasarkan hasil perhitungan SWOT, posisi RSUP Persahabatan periode 2020-2024 berada di kuadran I pada diagram kartesius yaitu *Growth*, artinya RSUP Persahabatan harus melakukan prioritas strategi untuk melakukan investasi pengembangan layanan dengan terus menguatkan kemampuan internal organisasi serta memaksimalkan peluang-peluang yang ada.

Rencana Strategis RSUP Persahabatan yang berupa Rencana Strategi Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024 ini merupakan dokumen perencanaan yang bersifat indikatif memuat program-program apa saja yang akan dilakukan untuk mendukung tercapainya Visi, Misi, Tujuan Rumah Sakit dan mendukung Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 serta mendukung program pemerintah dalam RPJMN 2005-2025 periode pembangunan jangka menengah 2020-2024.

Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan ini selain mengacu pada Perjanjian Kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Menteri Kesehatan Tahun 2023 juga berdasarkan hasil evaluasi LAKIP oleh Tim Evaluator Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan TA 2022.

Secara ringkas, sesuai latar belakang diatas maka hasil kajian menghasilkan Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan dengan 14 Sasaran Strategis dan 53 KPI.

BAB I

PENDAHULUAN

I.1 RESUME RENCANA STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN 2020-2024

Visi dan Misi Presiden 2020-2024 menjadi pedoman seluruh Kementerian dan Lembaga termasuk seluruh Unit Pelaksana Teknis. Untuk mendukung visi Presiden 2020-2024, dan arahan dari Presiden kepada Kementerian Kesehatan yang mencakup 3 hal yaitu :

- a). Percepatan pelaksanaan vaksinasi untuk mewujudkan *herd immunity*
- b). Penanganan pandemi secara lebih baik dan berkelanjutan
- c). Transformasi sektor kesehatan

Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan dan arahan Presiden kepada Kementerian Kesehatan dengan perumusan Visi dan Misi sebagai berikut :

1. Visi dan Misi Kementerian Kesehatan

Kemeterian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan, yaitu Menciptakan Masyarakat yang Sehat, Produktif, Mnadiri dan Berkeadilan.

Misi untuk mendukung tercapainya visi sebagai berikut :

- a. Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak dan Remaja
- b. Perbaiki Gizi Masyarakat
- c. Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- d. Pembudayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas)
- e. Memperkuat Sistem Kesehatan & Pengendalian Obat dan Makanan

2. Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan

Arah Kebijakan Kementerian Kesehatan diterjemahkan dengan transformasi sektor kesehatan yang merupakan salah satu dari tiga (3) arahan Presiden Republik Indonesia kepada Menteri Kesehatan.

Enam (6) pilar transformasi kesehatan yaitu :

- a. Transformasi Layanan Primer
- b. Transformasi Layanan Rujukan
- c. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan
- d. Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan
- e. Transformasi SDM Kesehatan (SDMK)
- f. Transformasi Teknologi Kesehatan

Transformasi layanan rujukan bertujuan meningkatkan akses dan mutu layanan sekunder & tersier yang dilaksanakan melalui pengembangan jejaring layanan penyakit prioirtas serta perbaikan tata kelola rumah sakit pemerintah.

Rumah Sakit Vertikal sebagai pusat layanan rujukan ditargetkan menjadi *Centre Of Excellence* dengan kriteria sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan bermutu setara World Class Hospital
- b. Menjadi RS Terbaik di bidangnya di tingkat Asia
- c. Menjadi rumah sakit pendidikan dan pusat penelitian
- d. Mengampu dan memperkuat jejaring pelayanan RS di Indonesia
- e. Menggunakan teknologi dalam peningkatan pelayanan
- f. Memiliki tata kelola keuangan yang sehat untuk pengembangan pelayanan

I.2 VISI dan MISI RSUP PERSAHABATAN

1. Visi:

“Menjadi Rumah Sakit Kelas Dunia dengan Unggulan Respirasi”

2. Misi:

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

I.3 TUGAS dan FUNGSI

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan, menetapkan tugas dan fungsi RSUP sebagai berikut :

Tugas :

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan dan pengembangan secara serasi

Fungsi :

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis
- c. Pengelolaan pelayanan non medis
- d. Pengelolaan pelayanan keperawatan dan kebidanan
- e. Pengelolaan pendidikan dan pelatihan di bidang pelayanan kesehatan
- f. Pengelolaan penelitian, pengembangan dan penapisan teknologi di bidang pelayanan kesehatan
- g. Pengelolaan keuangan dan barang milik negara
- h. Pengelolaan organisasi dan sumber daya manusia
- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerjasama, dan hubungan masyarakat
- j. Pengelolaan sistem informasi
- k. Pemantauan, evaluasi dan pelaporan
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit

RSUP Persahabatan ditetapkan sebagai rumah sakit tipe II, terdiri atas :

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

I.4 TARGET RENCANA STRATEGIS BISNIS

Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Persahabatan merupakan pedoman dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan jangka menengah periode tahun 2020-2024, untuk mewujudkan **tujuan organisasi** sebagai berikut :

- a. Terwujudnya rumah sakit dengan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada mutu dan keselamatan, berbasis teknologi terkini.
- b. Terwujudnya rumah sakit pusat respirasi nasional.
- c. Terwujudnya tata kelola berstandar internasional, ramah lingkungan dan efisien.
- d. Terwujudnya rumah sakit sebagai wahana pendidikan, penelitian dan pelatihan bidang kedokteran dan kesehatan

Tujuan penyusunan RSB RSUP Persahabatan ini adalah :

- a. Panduan dalam menentukan arah strategis dan proses tindakan RSUP Persahabatan selama periode tahun 2020 –2024.
- b. Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pemenuhan visi misi RSUP Persahabatan.
- c. Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan visi dan misi RSUP Persahabatan.
- d. Membangun arah jalinan kerjasama dengan para stakeholders internal maupun stakeholders eksternal.

Perencanaan Strategis memiliki tujuan :

- a. Sebagai sarana untuk memfasilitasi terciptanya anggaran yang efektif
- b. Sebagai sarana untuk memfokuskan manajer pada pelaksanaan strategi yang telah ditetapkan
- c. Sebagai sarana untuk memfasilitasi dilakukannya alokasi sumber daya yang optimal
- d. Sebagai kerangka untuk pelaksanaan tindak lanjut jangka pendek
- e. Sebagai sarana bagi manajemen untuk memahami strategi organisasi
- f. Sebagai alat untuk memperkecil rentang alternative strategis

BAB II ANALISIS dan STRATEGIS

II.1 EVALUASI KINERJA BLU

Evaluasi Kinerja BLU merupakan evaluasi capaian RSB periode sebelumnya yang terukur dalam Indikator Sasaran Strategis (ISS) atau Indikator Kinerja Utama (IKU) RSB 2015 – 2019, sebagai berikut :

a). KPI Pendukung :

KPI Pendukung berjumlah 28 IKU, yang terdiri dari aspek pelayanan 9 IKU, aspek pendidikan dan pelatihan 5 IKU, aspek pengembangan SDM 3 IKU, aspek penelitian 2 IKU, aspek kepuasan stakeholder 2 IKU, aspek keuangan 3 IKU, aspek pengembangan teknologi 2 IKU, aspek tata kelola 2 IKU

b). Pengukuran indikator kinerja utama (IKU) rumah sakit periode 2015 s/d 2019, dari 28 IKU yang dilakukan pengukuran ada 25 (90%) IKU tercapai target, dan ada 3 (10%) IKU yang belum mencapai target

c). Masih ada KPI yang berlanjut pada periode 2020-2024 karena belum mencapai target serta karena kesinambungan lingkup pengembangan.

Tabel. II.1 Pencapaian Sasaran Strategis dan IKU periode 2015 - 2019

No	SasaranStrategis	No	IKU	Capaian Tahun 2015	Capaian Tahun 2016	CapaianTahun 2017	CapaianTahun 2018	CapaianTahun2019	Ket
1	Meningkatkan keberhasilan penanganan kasus respirasi tersier di Indonesia	1	Persentase pasien TB-MDR yang konversi	50%	61,6%	54,3%	55%	46,25%	tercapai
		2	Persentase kasus PPOK yang berhasil ditangani dengan baik	0%	0%	65,2%	70%	80,03%	tercapai
2	Terwujudnya	3	Tingkat kesehatan BLU	85,7%	80,7%	83,3%	85,3%	89,24%	tercapai
		4	Tingkat kepuasan pasien	77,2%	83,0%	84,4%	84%	88,58%	tercapai
		5	Tingkat kepuasan peserta didik	70%	81,8%	80%	90,1%	92,00%	tercapai
3	Terwujudnya	6	Success rate therapeutic pada kasus tersier respirasi di RSP	52%	75,2%	65,6%	100%	100%	tercapai
		7	Jumlah modul kompetensi tambahan yang diberikan kepada peserta didik	5	6	8	8	9	tercapai
		8	Jumlah publikasi penelitian translational (nasional/ internasional)	6	16	14	15	17	tercapai

4	Terwujudnya Respiratory Center	9	Persentase kasus respirasi tersier diRSUP Persahabatan	45%	57,7%	87,0%	53,9%	63%	Tidak tercapai
		10	Jumlah rekomendasi untuk kebijakan & panduannasional (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif)	1	1	1	2	2	tercapai
		11	Jumlah modul pelatihan respirasi terkini yang dikembangkan dan diimplementasikan	3	3	4	2	1	Tidak tercapai
		12	Jumlah grant nasional dan internasional yang diperoleh untuk penelitian	0	0	2	3	2	tercapai
5	Terwujudnya penguatan AHSUI	13	Persentase dosen dengan kriteria excellent	65%	74%	84,5%	98%	95%	tercapai
		14	Jumlah PPK respirasi yang terintegrasi yang diimplementasikan di AHS UI	1	1	1	1	1	tercapai
6	Terwujudnya jejaring dan sistem rujukan kesehatan respirasi	15	Jumlah fas yankes binaan yang berkinerja baik	4	13	24	38	42	tercapai
		16	Persentase kasus respirasi rujukan yang tepat	71,5%	75,4%	87,7%	89,8%	100%	tercapai
7	Terwujudnya network kerjasama eksternal yang melembaga	17	Jumlah kerjasama terkait respirasi yang terlaksana	0	0	2	2	2	tercapai
8	Terwujudnya kolaborasi layanan respirasi lintas SMF dan unit kerja	18	Persentase kasus sulit yang ditangani secara multidisiplin	60%	66,6%	93,0%	100%	100%	tercapai
9	Terwujudnya penyempurnaan proses bisnis dan tata kelola bisnis	19	Jumlah CP terintegrasi yang diimplementasikan	11	16	17	15	18	tercapai
		20	Jumlah strategic improvement program yang diimplementasikan	1	1	1	1	1	tercapai
10	Terwujudnya budaya melayani dan budaya berkinerja	21	Persentase staf yang berkinerja eksten	65%	97,2%	98,5%	99,2%	99,59%	tercapai
		22	Indeks budaya PIKKO	58%	72,8%	80,1%	83,5%	90,18%	tercapai
11	Terwujudnya SDM yang kompeten dan system manajemen SDM	23	Persentase SDM dengan kompetensi sesuai persyaratan	85%	98,7%	98,9%	98,2%	99,22%	tercapai

12	Terwujudnya kehandalan sarana dan prasarana	24	Overall Equipment Effectiveness alat penunjang respirasi	64%	72,8%	75,5%	84,2%	87,5%	tercapai
		25	Realisasi pengembangan fisik	90%	100%	98,2%	100%	100%	tercapai
13	Terwujudnya SIRS terintegrasi	26	Level maturitas sistem IT RS	75%	81%	93,3%	100%	78,81%	Tidak tercapai
14	Terwujudnya peningkatanrevenue dan kendali biaya	27	Persentasekenaikan revenue RS	22,4%	-5,0%	40,4%	10,2%	8,58%	tercapai
		28	PencapaianPOBO	74,9%	78,7%	70,1%	77,5%	96,5%	tercapai

Tabel. II.2 Pencapaian Sasaran Strategi dan IKU Periode 2020-2022

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Target 2020	Realisasi Tahun 2020	Target 2021	Realisasi Tahun 2021	Target 2022	Realisasi Tahun 2022	Ket
1	Terwujudnya SDM yang berdaya saing dan terapresiasidengan baik	1	Persentase staf yang bekinerja ekselen	70%	39,60%	75%	64,30%	80%	80,36%	tercapai
		2	Jumlah staf yang mendapatkan penghargaan nasionalataupun internasional	20	23	22	26	24	113	tercapai
		3	Tingkat kepuasan karyawan	85%	95%	86%	95,65%	87%	95,50%	tercapai
2	Terwujudnya sarana dan prasarana yang berkualitas,efektif, efisien dan ramah lingkungan	4	Persentase sarana prasarana layak fungsi optimal	80%	94,95%	80%	98%	82%	98,11%	tercapai
		5	Persentasi keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti	90%	94%	91%	89,90%	92%	85,36%	Tidak tercapai
3	Terwujudnyasistem informasiRS terintegrasi	6	Realisasi target pengembangan IT Rumah Sakit	80%	81%	85%	87,65%	90%	95,31%	tercapai
		7	Kepuasan stakeholders terhadap sistem informasi RS	85%	91%	85%	87%	86%	87%	tercapai
		8	Tingkat pemanfaatan SIMRS	80%	82%	85%	92,22%	90%	89,00%	Tidak tercapai
		9	Persentase pemenuhan permintaan data SIM RS untukpenelitian	90%	100%	92%	100%	95%	100%	tercapai
4	Terwujudnya budaya organisasi yang dinamis	10	Indeks Budaya PIKKO	70%	93,06%	75%	89,92%	75%	95,08%	tercapai

5	Terwujudnya pelayanan berbasis teknologi informasi	11	Tingkat pemanfaatan teknologi informasi dalam pelayanan pasien	80%	93,33%	85%	93,75%	90%	100,00%	tercapai
		12	Jumlah pelayanan dan pendidikan jarak jauh	4	4	6	63	6	7	tercapai
6	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	13	Jumlah PPK yang dievaluasi (Target PPK 5 per KSM, Jumlah KSM 17. Jumlah Total Target PPK = 85)	5	5	5	4	5 PPK/KSM	5 PPK/KSM	tercapai
7	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	14	Jumlah pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif	1	1	2	3	3	3	tercapai
8	Terwujudnya pelayanan berbasis people centered care	15	Realisasi pelayanan berorientasi people centered care	5	5	6	6	7	7	tercapai
9	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellent	16	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)	80%	94,90%	85%	84%	90%	100%	tercapai
		17	Persentase kasus respirasi tersier yang dirujuk ke RSUP Persahabatan	65%	72%	70%	69%	75%	61%	Tidak tercapai
		18	Persentase kasus respirasi yang ditangani secara kolaboratif	65%	95,30%	70%	89%	75%	82%	tercapai
10	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi di bidang respirasi	19	Peningkatan jumlah penelitian internal di bidang respirasi	5%	33%	5%	12,50%	5%	133,33%	tercapai
		20	Jumlah inovasi pelayanan di Bidang Respirasi	1	1	1	1	1	1	tercapai
		21	Jumlah penelitian respirasi multi center	1	5	1	3	1	8	tercapai
		22	Jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal terakreditasi	10	20	12	21	15	33	tercapai
11	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	23	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	1	1	1	1	1	1	tercapai
		24	Jumlah Modul Pelatihan kedokteran dan kesehatan	10	10	12	12	14	14	tercapai
		25	Jumlah Pelatihan yang terakreditasi	2	2	2	2	2	4	tercapai
12	Terwujudnya kepuasan stakeholders eksternal	26	Tingkat kepuasan stake holder	86%	92,80%	86%	89,57%	87%	93,54%	tercapai
13	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	27	Persentase kenaikan POBO	75%	108,53%	76%	108,93%	77%	66.6%	Tidak tercapai
		28	Persentase kenaikan Revenue	4,63%	8%	4,69%	19,67%	4,75%	6,81%	tercapai
14	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	29	Terlaksananya Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)	NA		100%	75%	100%	89.25%	Tidak tercapai

Hambatan dan rencana tindak lanjut atas kinerja rumah sakit yang belum mencapai target sampai dengan tahun 2022 adalah sebagai berikut :

Analisa Hambatan	Rencana Tindak lanjut
<p>Keluhan Sarana Prasarana yang ditindaklanjuti 1x24 jam :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat kerusakan alat medis yang harus mengajukan RAB untuk kebutuhan sparepart, kerusakan alat yang masih dalam pengecekan vendor dan sparepart yang masih menunggu penawaran harga. 2. Keterlambatan teknisi saat penginputan waktu penyelesaian perbaikan sehingga pada sistem tercatat melebihi waktu respontime padahal waktu respontime sudah sesuai standar. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi secara berjenjang mulai dari Kepala Instalasi sampai Manajer untuk kepatuhan teknisi dalam merespon permintaan perbaikan sampai dengan penginputan waktu penyelesaian perbaikan dalam aplikasi SAMRS. 2. Follow up usulan RAB kebutuhan spare part secara konsisten sampai RAB terealisasi. IPSRS tetap memantau alat medis yang sedang dalam proses pengecekan vendor. 3. Mengupdate data kondisi alkes (kriteria alkes: baik, rusak ringan, rusak berat) pada aplikasi ASPAK dan SAMRS untuk mempermudah perencanaan pengadaan alat atau sarpras.
<p>2.Tingkat pemanfaatan SIMRS.</p> <p>Indikator ini menilai implementasi aplikasi e-kinerja. Aplikasi e-kinerja adalah aplikasi penilaian pegawai secara elektronik dan berjenjang dari pegawai, atasan langsung, atasan sampai dengan verifikator dan diintegrasikan dengan daftar hadir elektronik pegawai, izin/tugas kedinasan dan kontrak kinerja pegawai. E-kinerja digunakan untuk pegawai yang mendapatkan tunjangan remunerasi yaitu ASN, CPNS, PPPK dan BLU, pengecualian untuk pegawai kontrak.</p> <p>Karyawan yang terdampak renovasi gedung GP dan Anggrek, untuk usulan IKI nya menggunakan</p>	<p>KS SDM berkoordinasi dengan SIRS ketika ada pegawai yang mutasi ke unit kerja lain, sehingga SIRS dapat menyesuaikan untuk akses PRIMANya</p>

<p>IKI manual karena SPMT nya berubah sesuai tempat tugas yang baru sehingga indikator tidak mencapai target.</p> <p>Hambatan :</p> <p>Karyawan yang terdampak renovasi gedung GP dan Anggrek, untuk usulan IKI nya menggunakan IKI manual karena SPMT nya berubah sesuai tempat tugas yang baru</p>	
<p>3. Persentase kasus respirasi tersier yang dirujuk ke RSUP Persahabatan.</p> <p>Indikator ini mengukur jumlah kasus respirasi tersier sesuai kriteria respirasi tersier yang dirujuk ke RSUP Persahabatan. Dari total kasus respirasi selama tahun 2022 berjumlah 4719 kasus, ada 2855 kasus dengan kriteria respirasi tersier, atau tercapai 61% dan belum melampaui target yang ditetapkan.</p> <p>Hal ini dikarenakan adanya sistem rujukan berjenjang untuk fasilitas kesehatan sehingga rujukan kasus respirasi tersier yang masuk berkurang.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Peningkatan kasus respirasi non BPJS dengan meningkatkan promosi pelayanan di berbagai media sosial 2.Perbaikan sarana dan prasarana untuk meningkatkan kunjungan pasien 3.KS Yanmed bekerjasama dengan KSM untuk mereview kembali kasus-kasus apa saja yang masuk dalam kategori respirasi tersier.
<p>4. Persentasi kenaikan POBO</p> <p>Indikator ini mengukur rasio pendapatan operasional terhadap biaya operasional. Dimana di tahun 2022 biaya operasional RSUP Persahabatan mencapai Rp.568.019.621.806,-; dengan pendapatan setahun sebesar Rp. 414.944.156.241,- sehingga POBO tercapai 73.05% dan tidak mencapai target di tahun 2022.</p> <p>Adapun kendala yang terjadi selama tahun 2022 adalah tingginya beban operasional untuk belanja pegawai dan beban persediaan, kemudian tarif yang digunakan saat ini masih mengacu pada tarif tahun 2014, penurunan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diharapkan Tarif diperbaharui untuk menambah pendapatan, karena masih menggunakan tarif tahun 2014, sedangkan harga-harga yang mempengaruhi unit cost mengalami kenaikan harga. 2. Dengan adanya renovasi gedung Griya puspa yang akan memberikan pelayanan yang eksekutif akan menambah penerimaan 3. Efisiensi penggunaan dana.

<p>kapasitas bed karena adanya renovasi gedung rawat inap secara bersamaan.</p>	
<p>5. Terlaksananya SISRUTE</p> <p>Indikator ini mengukur terlaksananya program rujukan faskes melalui aplikasi SISRUTE yang dibuat oleh Kementerian Kesehatan.</p> <p>Hambatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renovasi gedung rawat inap di tahun 2022 antara lain gedung Griya Puspa, Bougenvile, Dahlia dan Cempaka sehingga kapasitas tempat tidur menurun. 2. SISRUTE mengalami maintenance dari pusat sejak Januari – April 2022, yang berakibat seluruh rujukan yang masuk baru terkoneksi ke RSUP Persahabatan di bulan Mei sehingga menyebabkan waktu tunggu semakin lama 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Optimalisasi bed rumah sakit sesuai kebutuhan 2. Monitoring dan evaluasi rutin SISRUTE oleh Manajemen IGD

II.2 ANALISA SWOT dan TOWS

Analisis SWOT yang dilakukan merupakan upaya untuk merepresentasikan faktor internal dan eksternal RSUP Persahabatan. Berbagai faktor internal yang sepenuhnya dapat dikendalikan oleh RSUP Persahabatan dalam mewujudkan visi dan misi serta berbagai faktor eksternal yang dinilai sebagian/ tidak sepenuhnya bisa dikendalikan dan di luar kendali RSUP Persahabatan.

Faktor internal direpresentasikan dalam analisis SWOT melalui *Strengths*(kekuatan) dan *Weaknesses* (kelemahan), sedangkan *Opportunities* (peluang) dan *Threats* (ancaman) merepresentasikan faktor eksternal.

Analisa SWOT disusun dengan menggunakan Focus Group Discussion (FGD), dengan melihat pada aspek : Pelayanan, Organisasi, SDM – Pendidikan dan Penelitian, Keuangan.

Adapun hasil dari analisa SWOT sebagai berikut :

a. Kekuatan / Strength

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

b. Kelemahan / Weakness

1. Implementasi sistem, kebijakan dan prosedur yang sudah ada belum dilaksanakan secara optimal
2. Pengelolaan asset RS yang belum optimal
3. Penggunaan aplikasi sistem IT yang sudah ada belum optimal
4. Komitmen dan budaya kerja yang perlu ditingkatkan
5. Pengelolaan sistem jenjang karir yang belum optimal
6. RS belum mampu membiayai seluruh biaya operasional

7. Masih adanya kegiatan diluar perencanaan
8. Manajemen pengelolaan penelitian belum optimal
9. Implementasi penelitian belum memperbaiki sistem pelayanan
10. Kurangnya review kendali mutu kendali biaya dalam pelayanan

c. Peluang / Opportunities

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

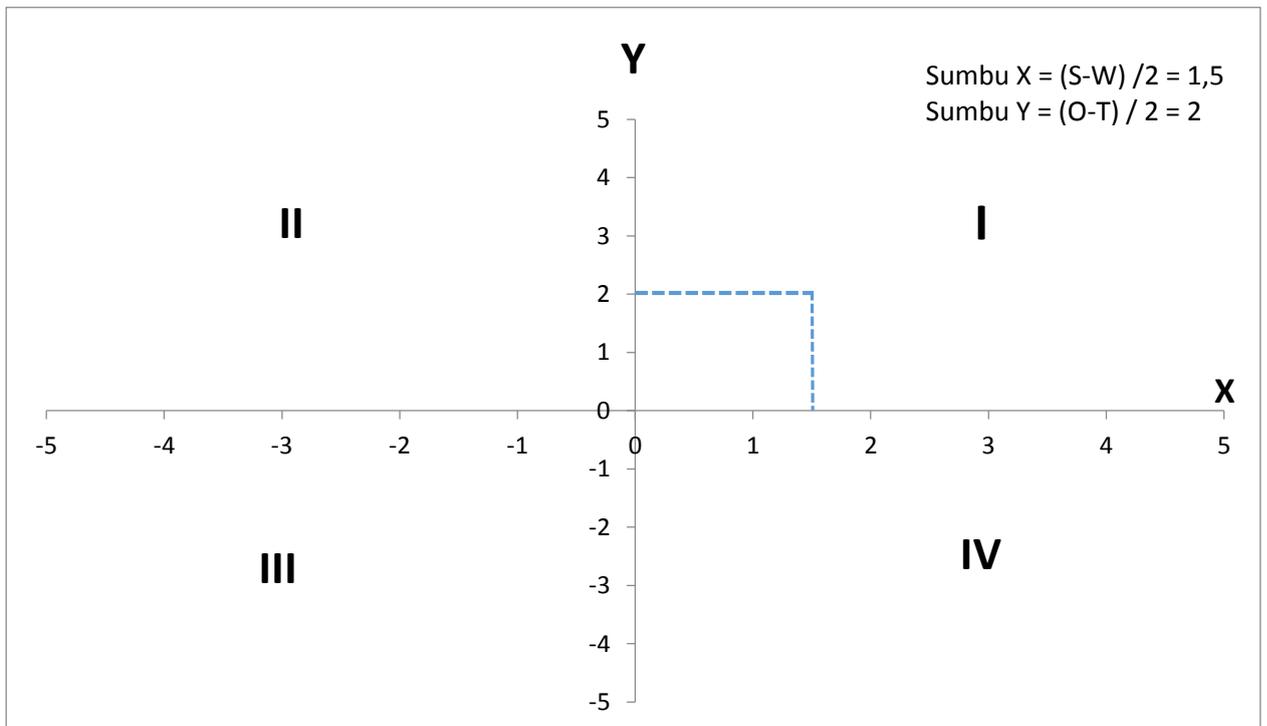
d. Ancaman / Threat

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

Rincian SWOT terdapat dalam lampiran

Berdasarkan hasil perhitungan SWOT (dalam lampiran), maka posisi RSUP Persahabatan periode 2020-2024 berada pada kuadran I pada diagram kartesius, sebagai berikut :

Grafik. II.1 Diagram Kartesius



Grafik tersebut menunjukkan bahwa RSUP Persahabatan masuk ke kuadran/sel nomor 1 dan cocok untuk mengambil strategi dengan pendekatan proaktif, yaitu memanfaatkan semua kekuatan yang ada untuk mendapatkan seluruh peluang yang tersedia.

Dari Analisa SWOT, maka disusun upaya untuk memanfaatkan faktor internal dan eksternal yang tergambarkan dalam analisa TOWS sebagai berikut :

Tabel. II.3 Matriks TOWS

	Strenght (S)	Weakness (W)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Status RSUP Persahabatan sebagai RS Kelas A, RS Pendidikan 2. RS Pusat Respirasi Nasional 3. RS Pengampu TB Nasional 4. Terakreditasi Nasional Paripurna dan Akreditasi JCI 5. Sebagian besar SDM memiliki kompetensi tinggi dan komitmen yang kuat 6. Penelitian dan inovasi di RSUP Persahabatan yang semakin bertumbuh 7. Memiliki SIRS mandiri dan pengembangan aplikasi terintegrasi 8. Sistem Layanan berbasis IT 9. Sistem remunerasi berbasis e-kinerja 10. Memiliki Layanan Sub Spesialistik dengan dukungan sarpras yang lengkap 11. Berada di lokasi yang strategis dengan lahan yang luas 12. Pengelolaan keuangan internal yang baik 13. Pencatatan pendapatan dan pengeluaran yang komprehensif dalam sistem perbankan 14. Laporan Monitoring dan evaluasi rencana strategis, kinerja dan keuangan selalu tepat waktu 15. Manajemen pengelolaan komplain yang baik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementasi sistem, kebijakan dan prosedur yang sudah ada belum dilaksanakan secara optimal 2. Pengelolaan asset RS yang belum optimal 3. Penggunaan aplikasi sistem IT yang sudah ada belum optimal 4. Komitmen dan budaya kerja yang perlu ditingkatkan 5. Pengelolaan sistem jenjang karir yang belum optimal 6. RS belum mampu membiayai seluruh biaya operasional 7. Masih adanya kegiatan diluar perencanaan 8. Manajemen pengelolaan penelitian belum optimal 9. Implementasi penelitian belum memperbaiki sistem pelayanan 10. Kurangnya review kendali mutu kendali biaya dalam pelayanan
Opportunity (O)	Strategi (S-O)	Strategi (W-O)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Peningkatan jumlah pasien yang lebih banyak 2. Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan 3. Ragam kasus yang kompleks 4. Kebijakan Kementerian Kesehatan terkait transformasi pelayanan kesehatan 5. AHS 6. Penelitian evidence based health policy 7. Meningkatkan jumlah, jenis dan jejaring terkait penelitian, pendidikan dan pelatihan termasuk menjadi RS Pendidikan Utama 8. Peningkatan jumlah kerjasama dengan berbagai institusi atau instansi di dalam dan di luar negeri 9. Peningkatan kapasitas dan jenis pelayanan kesehatan, pelayanan penunjang umum dan fasilitas serta alat kesehatan 10. Mendapatkan pendapatan lebih banyak dan sumber pembiayaan lebih beragam 11. Meningkatkan penerapan tata kelola (corporate dan clinical governance) 12. Perkembangan teknologi kesehatan, teknologi kedokteran dan teknologi informasi RS terkini 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul 2. Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi RS di Indonesia 3. Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara 4. Terwujudnya Pelayanan RS Berbasis Akademik 5. Terwujudnya Pusat Penelitian dan Inovasi di bidang Respirasi 6. Terwujudnya Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran dan Kesehatan 7. Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terwujudnya Budaya Organisasi yang dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik 2. Mewujudkan Peningkatan Pendapatan dan Efisiensi Biaya 3. Mewujudkan Sarana , Prasana Dan Alat (SPA) yang berkualitas 4. Terwujudnya pelayanan centre of excellence secara optimal

Threat (T)	Strategi (S-T)	Strategi (W-T)
1. Perubahan regulasi dari pusat yang sangat cepat 2. Penurunan dukungan dana dari pemerintah 3. Adanya bencana alam, pandemi, KLB 4. Terbukanya sistem informasi publik dan dapat diakses bebas 5. <i>Brain drain</i> tenaga kesehatan 6. Kompetitor dari Institusi pelayanan kesehatan lainnya 7. Ancaman keamanan data RS	1. Terwujudkan Sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal 2. Mewujudkan pelayanan respirasi kolaboratif yang ekselen	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder

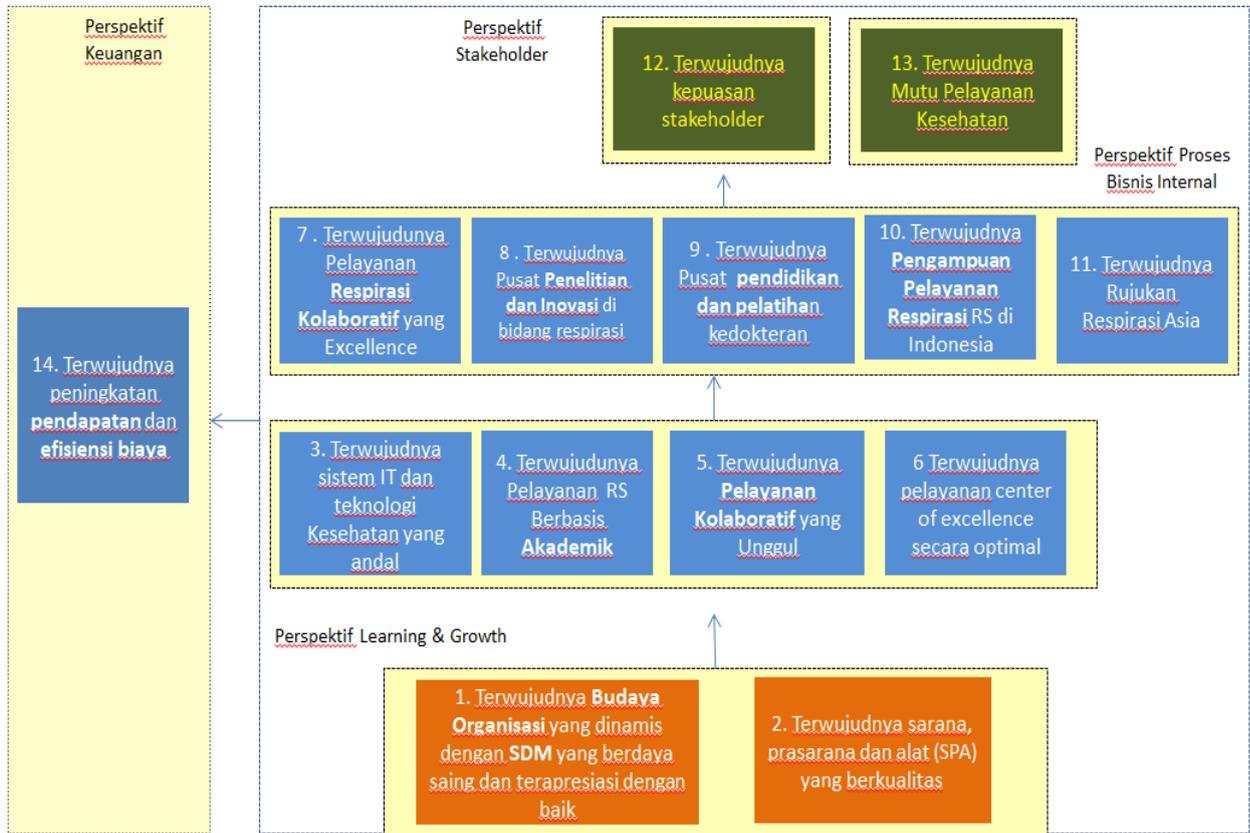
II.3 INSIATIF STRATEGIS

Memperhatikan analisa SWOT, TOWS dan pemetaan risiko (terlampir) serta dinamika harapan dan kekhawatiran stakeholders, informasi dan benchmark serta evaluasi atas pelaksanaan RSB periode 2015-2019, maka dalam mengimplementasikan Visi dan Misi RSUP Persahabatan periode 2020-2024 RSUP Persahabatan memiliki sasaran strategis sebagai berikut :

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 IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal
4. Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik
5. Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul
6. Terwujudnya pelayanan centre 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. Terwujudnya kepuasan stakeholders
11. Terwujudnya mutu dan pelayanan kesehatan
12. Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi RS di Indonesia
13. Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia
14. Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya

Adapun peta strategi RSUP Persahabatan yang disusun berdasarkan 4 (empat) perspektif balanced score-card, yakni perspektif stakeholder, perspektif proses bisnis, pespektif lernaning and growth, dan perspektif finansial, sebagai berikut :

Gambar. II.2 Peta Strategis RSUP Persahabatan 2020-2024



II.4 ANALISA RISIKO

Tabel.II.4 Tabel Skema Risk Grading Matriks

Probabilitas	Dampak				
	1	2	3	4	5
5	5	10	15	20	25
4	4	8	12	16	20
3	3	6	9	12	15
2	2	4	6	8	10
1	1	2	3	4	5

Arti: Merah = Sangat Tinggi; Orange = Tinggi ; Kuning = Sedang; Biru = Rendah Tinggi; Hijau = Sangatrendah

11.5 Tabel Mitigasi Risiko : Rencana Pengelolaan Risiko Ekstrem dan Risiko Tinggi

No	Sasaran Strategis	Risiko	Grading	RTL
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	Turnover tinggi untuk SDM yang berdaya saing tinggi	Yellow	Mengetahui apa yang menjadi harapan dan keinginan pegawai melalui survey kepuasan dan menindaklanjuti hasil survei sesuai kemampuan rumah sakit
		Ketidakpuasan kerja dan apresiasi SDM	Blue	Komunikasi efektif antara pimpinan rumah sakit dengan pegawai secara berkala, termasuk pemberian informasi tentang kondisi keuangan rumah sakit
		Komunikasi organisasi yang belum optimal	Blue	Pembentukan tim transformasi rumah sakit, pelatihan service excellent bagi seluruh leader dan change agents, sosialisasi dan implementasi nilai-nilai dasar BERAHLAK
		Ketidakpedulian SDM terhadap RS	Blue	Pemberian motivasi oleh narasumber motivator dari luar rumah sakit tentang ownership rs, sosialisasi dan implementasi nilai-nilai dasar BERAHLAK, melibatkan pegawai dalam tim yang dibentuk oleh rumah sakit (Tim Akreditasi, Panitia HUT RS, dll)
2	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	Anggaran tidak mencukupi	Blue	Koordinasi dengan KS Anggaran
		Ketidakpedulian SDM terhadap sarana prasarana (pada saat penggunaan)	Yellow	Melakukan transformasi Budaya Organisasi
		Operator alat medis tidak bekerja sesuai SOP	Blue	Melakukan transformasi Budaya Organisasi
		Pemeliharaan sarana prasarana tidak sesuai standar dan tidak dilakukan berkala	Blue	Monitoring dan Evaluasi pemeliharaan sarpras berjenjang secara berkala
		Alat Medis dengan OEE tidak optimal	Yellow	1. Pelatihan OEE (cara perhitungan dan laporannya); 2. Penyusunan aplikasi utilisasi alat medik (memudahkan perhitungan OEE unit kerja utk mengetahui utilisasi alat medik) 3. Koordinasi KS Yanmed dan user (KSM) untuk meningkatkan utilisasi alat medik
		Pembelian Alat Kesehatan Produksi Dalam Negeri	Yellow	1. Sosialisasi peraturan dan penggunaan alkes dalam negeri, 2. Trial alat kesehatan PDN di unit layanan (untuk mengetahui kesesuaian dg kebutuhan unit kerja)
3	Terwujudnya sistem IT dan teknologi kesehatan yang andal	Kehilangan data atau pembajakan	Orange	1. Melakukan preventive maintenance 2. Membuat backup server
		Tidak sesuai dengan kebutuhan para pengguna	Yellow	1. Analisa kebutuhan aplikasi dengan lebih spesifik 2. Uji coba aplikasi dan melakukan evaluasi dan tindak lanjut
		Anggaran IT tidak terpenuhi	Red	Menentukan skala prioritas Anggaran SIRS
		SDM IT tidak terpenuhi dinilai dari kompleksitas pengembangan IT	Orange	Penambahan SDM Programmer
		Perangkat utama terkendala (server, switch)	Orange	Membuat backup server, perangkat dengan lisensi, peremajaan jaringan secara bertahap
		SDM pengguna IT tidak konsisten menggunakan sesuai juknis	Orange	Transformasi Budaya Organisasi
		Anggaran pemeliharaan sistem IT tidak terpenuhi	Red	Penentuan skala prioritas anggaran SIRS
		Pengguna tidak memahami keamanan IT	Orange	Sosialisasi mengenai Penggunaan teknologi
		Transaksi data <i>overloading</i>	Orange	Monitoring dan Evaluasi sistem aplikasi
		Jaringan internet terkendala	Yellow	Membuat jalur backup untuk area pendaftaran; Persiapan modem sebagai backup
Aplikasi luar (seperti bpjs,) terkendala	Yellow	Evaluasi SPO downtime sistem		
		PPK tidak dilakukan review oleh KSM	Red	Membangun <i>reminding system</i> yang terintegrasi antara komite medik, pelayanan medik dan KSM

4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	Reviu PPK dilakukan dalam waktusingkat		Mengevaluasi SPO / Panduan review PPK /CP
		Review PPK sesuai dengan perkembangan jaman menyebabkan tata laksana cenderung high cost		Membentuk tim interviewer PPK yang terdiri dari multidisiplin (klinis dan manajemen) yang mampu melakukan telaah klinis dan <i>critical appraisal</i> dengan baik
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	kendali mutu dan kendali biaya		penguatan tim casemix dengan memberikan feedback kepada DPJP terkait analisa kendalimutu dan kendali biaya
		pemakaian obat dan alkes diluar formas		
6	Terwujudnya pelayanan centre of excellence secara optimal	keluarga pasien yang kurang korperatif		penguatan edukasi kepada pasien dankeluarga pasien
		tingkat pendidikan keluarga pasien		
		komitmen pelayanan yang diberikan oleh DPJP		penilaian capaian kinerja DPJP
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	rujukan kasus respirasi tersier tidak semua dapat diakomodir		Kapasitas sarpras dioptimalkan
		kasus respirasi tersier tidak semua dibuat secara MDT		berkoordinasi dengan komite medik untuk memberikan motivasi kepada DPJP agar berkolaborasi dengan DPJP lainnya dalam penanganan kasus respirasi tersier dengancara melakukan MDT
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	Rendahnya peminat untuk melakukan penelitian		Pemberian Dana Bantuan Penelitian dan Pelatihan Penulisan Karya Ilmiah
		Muncul dampak kepada subjek penelitian (pasien)		1. Optimalisasi Kinerja Sub Pengawasan Penelitian 2. Penyusunan SPO Pelaporan KTD dan KTDS (1x24 jam) ke KEPK jika terjadi efeksamping penelitian bersubyek pasien 3. Tindak lanjut laporan KTD dan KTDS
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	Adanya kewajiban menyelenggarakan pelatihan untuk fasyankes yang diampu		1. Penguatan koordinaasi Internal RS 2. Pengusulan Tim Modul Pelatihan RS
		Belum tersedianya modul untuk setiap pelatihan yang diselenggarakan		
		Peralatan medik penunjang pelatihan belum memadai		Pengusulan sarana prasarana penunjangpelatihan
		Ruang kelas dan ruang simulasi pelatihan belum mencukupi		
		Persaingan dengan RS lain dalam penyelenggaraan pelatihan		
		Pemasaran pelatihan yang belum maksimal		1. Peningkatan kualitas pelatihan berbasis simulasi; 2. RS (IPKRS dan Humas) menyusun Program Prioritas marketing berbasis simulasi
		Jumlah peserta pelatihan tidak memenuhi kuota minimal		
		Target laba pelatihan yang naik setiap tahun		
10	Terwujudnya kepuasan stakeholders eksternal	Proses administrasi yang panjang dan tidak lengkap (pasien kontrol)		Memaksimalkan Edukasi ke pasien pasca ranap / pasien post berobat ke poli utk konsul berikutnya
		Komunikasi petugas terhadap pasien kurang baik		pelatihan service ekselen secara intens
		Sarana prasarana tidak optimal		Peningkatan koordinasi unit kerja
		Waktu tunggu poliklinik dan waktutunggu pengambilan obat lama		pelatihan service ekselen secara intens
		Proses edukasi petugas ke pasien tidak maksimal		
		Perilaku petugas kurang baik		
11	Terwujudnya mutu pelayanan kesehatan	Inkonsistensi petugas dalam menerapkan mutu layanan		1. Updating standar akreditasi terbaru (pelatihan eksternal) 2. Internalisasi standar akreditasi ke unit kerja 3. Monitoring pengukuran indikator mutu rumah sakit dan unit kerja
		Tidak adanya supervisi berjenjang		4. Monev implementasi berkala secara berjenjang 5. Pelaksanaan survey akreditasi
		Demotivasi semangat kerja petugas		Pemberian penghargaan lulus akreditasi

12	Terwujudnya Pengampunan Pelayanan Respirasi RS di Indonesia	Komitmen para pihak rs terkait dengan pelayanan respirasi yang diampu		penguatan komitmen melalui rapat koordinasi
		kemampuan sarana dan prasarana serta finansial dari rs yang diampu		
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia	komitmen rs terkait pasien rujukan respirasi asia		rapat koordinasi unit terkait dengan pimpinan
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	Pemborosan sumber daya RS		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kendali mutu kendali biaya 2. Optimalisasi aset dan lahan

BAB III

RENCANA STRATEGIS BISNIS

III.1. PROGRAM KEMENTERIAN KESEHATAN

Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan telah selaras mendukung program Kementerian Kesehatan dalam Transformasi Kesehatan, yaitu :

a. Transformasi Layanan Rujukan

Dalam mendukung terlaksananya transformasi layanan rujukan, RSUP Persahabatan melakukan pengembangan, penguatan dan peningkatan layanan antara lain :

1. Pengembangan layanan VVIP dan layanan unggulan bertaraf internasional
2. Pengembangan penelitian untuk mendukung pelayanan antara lain dengan *Biomedical Genome Science initiative* (BGSi)
3. Penguatan jejaring pengampuan, RSUP Persahabatan mendapatkan penugasan dari Kementerian Kesehatan menjadi pengampu nasional untuk mengampu RS Jejaring TB
4. Peningkatan mutu dan keselamatan dengan terakreditasi Paripurna maupun Internasional
5. Program Sister Hospital dengan rumah sakit Internasional untuk peningkatan layanan respirasi
6. Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar
7. Pemenuhan 9 Layanan Prioritas dengan ketercapaian indikator klinis dari 9 layanan prioritas
8. Pengembangan Clinical Research Unit dengan pelaksanaan program pelatihan penulisan proposal penelitian uji klinis multi centre; Kerjasama dengan perusahaan farmasi untuk pelaksanaan dan pengembangan uji klinis;
9. Pemenuhan dan perbaikan fasilitas pendukung antara lain ketersediaan parkir bagi pasien, pengunjung dan stakeholder lainnya; ruang tunggu yang bersih dan nyaman, toilet yang bersih; taman yang asri untuk pasien dan pengunjung.
10. Perbaikan waktu tunggu pelayanan dengan melakukan modifikasi alur layanan

b. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan

Transformasi sistem Ketahanan Kesehatan bertujuan meningkatkan ketahanan sektor farmasi, surveilans yang adekuat & Penguatan sistem bencana dan kedaruratan kesehatan. RSUP Persahabatan mendukung terlaksananya transformasi sistem ketahanan kesehatan dengan :

1. Kesiapan dalam menghadapi Kejadian Luar Biasa (KLB) / wabah penyakit / kedaruratan kesehatan masyarakat dengan :
 - a) Pembentukan Tim Tanggap Darurat Bencana
 - b) Mobilisasi Tenaga (tenaga area layanan non-covid ke covid, tenaga administrasi non pelayanan ke administrasi pelayanan covid, penugasan PPDS seluruh KSM ke layanan covid)
 - c) Peningkatan kapasitas tempat tidur layanan covid-19, menutup layanan non esensial
 - d) Pemenuhan logistik dengan menggalang donasi logistik untuk menjaga *supply chain* dan stok logistik
2. Mendukung pemanfaatan produksi alat kesehatan dalam negeri dengan pembelian alat kesehatan dalam negeri
3. Menggunakan produk perbekalan farmasi dalam negeri

c. Transformasi SDM Kesehatan

Tujuan transformasi SDM Kesehatan adalah menjamin ketersediaan dan pemerataan jumlah, jenis dan kapasitas SDM Kesehatan. RSUP Persahabatan mendukung program ini dengan :

1. Melaksanakan MoU AHS dengan Wahana Pendidikan Kedokteran/ Kesehatan
2. Meningkatkan kompetensi tenaga medis/ kesehatan dengan pelaksanaan pendidikan dan pelatihan sesuai kompetensi
3. Mengembangkan program pendidikan dengan teknologi terkini
4. Memastikan SDM Kesehatan RSUP persahabatan memiliki SIP dan STR tidak kadaluarsa (minimal masa berlaku ≥ 1 tahun sebelum masa berlaku berakhir)
5. Memberikan dukungan dana fellowship kepada tenaga medis

d. Transformasi Teknologi Kesehatan

Pengembangan teknologi yang dilakukan oleh RSUP Persahabatan untuk mendukung transformasi teknologi kesehatan adalah :

1. Penyelenggaraan dan pengembangan Elektronik Medical Record
2. Penyelenggaraan dan pengembangan sistem aplikasi PRIMA dengan programmer internal RSUP Persahabatan dimana sistem ini dapat
3. Peningkatan Tingkat Maturitas Rumah Sakit
4. Implementasi SISRUITE
5. Integrasi sistem surveilans rumah sakit

III.2. STRATEGI BISNIS DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS

Tabel. III.2.1 Tabel Strategis Bisnis dan Program Kerja Strategis RSUP Persahabatan 2020-2024

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
Transformasi SDM Kesehatan							
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang dinamis dengan SDM yang kompeten dan berdaya saing	Persentase Staf yang Berkinerja Ekselen	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Pengembangan program OPPE berbasis IT	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Pengembangan program OPPE berbasis IT	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Penguatan program OPPE berbasis IT	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Penguatan program OPPE berbasis IT	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Monev program OPPE berbasis IT
			Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam	Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam	Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : 1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB	Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : 1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB	Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : 1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB
			Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional	Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 2. Terlaksananya pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi	Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 2. Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi	Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 2. Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi 3. Terlaksananya pelatihan dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi 4. Terlaksananya pemberian remunerasi baru yang berkeadilan bagi tenaga medis	Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 2. Tindak lanjut hasil survey implementasi nilai ber Akhlak 3. Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi 4. Terlaksananya pemberian remunerasi baru yang berkeadilan bagi seluruh karyawan

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
			Program pemerataan SDM Kesehatan : Indikator Kegiatan : Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran	Program pemerataan SDM Kesehatan : Indikator Kegiatan : Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran	Program pemerataan SDM Kesehatan : Indikator Kegiatan : Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran	Program pemerataan SDM Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1.Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran 2.Terlaksananya penambahan program studi untuk pendidikan kedokteran (FKG)	Program pemerataan SDM Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1.Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran 2.Terlaksananya Penambahan program studi untuk pendidikan kedokteran
2	Terwujudnya Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran dan Kesehatan	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online	Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online 2. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini	Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online 2. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini 3. Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan menggunakan Teknologi	Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online 2. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini 3. Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan menggunakan Teknologi	Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online 2. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini 3. Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan menggunakan Teknologi
3	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi	Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional Indikator Kegiatan : Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan	Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional Indikator Kegiatan : 1.Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan 2. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah	Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional Indikator Kegiatan : 1.Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan 2. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah	Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional Indikator Kegiatan : 1.Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan dan non kesehatan 2. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah 3. Kerjasama multicentre baik nasional maupun internasional terkait penelitian	Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional Indikator Kegiatan : 1.Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan dan non kesehatan 2. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah 3. Kerjasama multicentre baik nasional maupun internasional terkait penelitian
		Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun					
		Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten					

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
TRANSFORMASI SISTEM KETAHANAN KESEHATAN							
4	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	Persentasi keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : 1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam 2. Pengembangan sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (Aplikasi SAM RS)	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : 1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam 2. Terlaksananya sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (Aplikasi SAM RS)	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : 1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam 2. Terlaksananya sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (Aplikasi SAM RS) 3. Terlaksananya pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung 4. Terpenuhihnya suku cadang dan sparepart yang sering digunakan	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : 1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam 2. Terlaksananya sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (Aplikasi SAM RS) 3. Terlaksananya pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung 4. Terpenuhihnya suku cadang dan sparepart yang sering digunakan 5. Terlaksananya Swakelola tenaga pekerja bangunan (harian)
		Persentase Pembelian Alkes dalam negeri			Pembelian alat kesehatan dalam negeri : Indikator Kegiatan : 1. Resosialisasi penggunaan alkes dalam negeri 2. Mengupdate produk dalam negeri kepada user 3. Evaluasi penggunaan alkes dalam negeri	Peningkatan pembelian alat kesehatan dalam negeri Indikator Kegiatan : 1. Pembelian alkes dalam negeri = 70% 2. Terlaksananya penggunaan alkes dalam negeri 3. Evaluasi penggunaan alkes	Peningkatan Pembelian Alat Kesehatan Dalam negeri Indikator Kegiatan : 1. Pembelian alkes dalam negeri ≥70% 2. Terlaksananya penggunaan alkes dalam negeri 3. Evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam negeri
					Penggunaan produk perbekalan farmasi dalam negeri Indikator Kegiatan : 1. Terealisasinya Pembelian perbekalan farmasi dalam negeri 2. Monev perbekalan dan penggunaan farmasi dalam negeri	Peningkatan Penggunaan produk perbekalan farmasi dalam negeri Indikator Kegiatan : 1. Monev perbekalan dan penggunaan farmasi dalam negeri	

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					
			2020	2021	2022	2023	2024	
		Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**					Perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas Indikator Kegiatan : 1. Pengusulan RAB alkes sesuai standar 2. Terlaksananya perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas	Evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja) Indikator Kegiatan : Terlaksananya evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja)
TRANSFORMASI SISTEM LAYANAN RUJUKAN KESEHATAN								
5	Terwujudnya Pelayanan RS Berbasis Akademik	Jumlah PPK yang dievaluasi	Terlaksananya evaluasi PPK oleh seluruh KSM yang memiliki PPK Indikator kegiatan : 1. Sosialisasi template PPK yang terbaru disesuaikan dengan Tata Naskah Dinas RS 2. Tersusunnya Kebijakan, Panduan, SPO penyusunan dan evaluasi PPK dan CP	Peningkatan evaluasi PPK oleh seluruh KSM yang memiliki PPK Indikator kegiatan : 1. Tersedianya ceklis evaluasi PPK oleh Komite Medik 2. Pelatihan penyusunan implementasi dan monev PPK dan CP untuk Anggota Komite Medik	Terlaksananya audit medik reguler kasus prioritas RS Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Audit Medik kasus reguler	Terlaksananya audit medik berdasarkan permintaan Indikator Kegiatan : 1. Capaian Kegiatan audit medik berdasarkan permintaan 2. Terlaksananya Audit klinis terintegrasi dengan Komite Keperawatan dan Komite Nakes Lain	Terwujudnya kegiatan Audit 5 standar pelayanan kedokteran dimasing-masing KSM (PPK,CP, SPO, Standing Order, Algoritma) Indikator Kegiatan : 1. Capaian kegiatan audit kepatuhan 1-5 standar pelayanan medis oleh KSM (PPK,CP,SPO,Standing Order, Algoritma) 2. Capaian kegiatan pembahasan kasus sulit, kasus terpadu, dan kasus kematian 3. Terlaksananya kendali mutu dan kendali biaya melalui audit medis	
6	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif	Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif Indikator kegiatan : 1. Penetapan layanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif 2. Terlaksananya penentuan kriteria pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif	Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif Indikator kegiatan : 1. Tersusunnya Tools, Panduan dan SPO pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif 2. Implementasi Kebijakan	Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif Indikator kegiatan : 1. Penetapan Clinical Pathway layanan unggulan 2. Evaluasi clinical pathway layanan unggulan	Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif Indikator kegiatan : 1. Penetapan Clinical Pathway layanan unggulan 2023 2. Evaluasi clinical pathway layanan unggulan 2023	Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif Indikator kegiatan : 1. Penetapan Clinical Pathway layanan unggulan 2024 2. Evaluasi clinical pathway layanan unggulan 2024	

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
....6	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**				Terlaksananya MDT Kasus Sulit Indikator kegiatan : Capaian MDT Kasus Sulit	Peningkatan kegiatan MDT Kasus Sulit Indikator kegiatan : Penurunan Angka Kematian
		Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**				Audit Medis Pada 9 kasus layanan prioritas Indikator Kegiatan : 1. Penyusunan Panduan / Kebijakan / SPO Audit Medis 2. Sosialisasi Kasus Layanan Prioritas ke seluruh KSM terkait 3. Audit Medis pada kasus layanan prioritas	Peningkatan jumlah Audit medis pada 9 kasus layanan prioritas Indikator Kegiatan : 1. Capaian Audit medis pada 9 layanan prioritas 2. Pelaporan dan rekomendasi hasil audit medis 9 layanan prioritas
		Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu ≤ 30 menit;**				Peran aktif Tim PONEK terhadap terlaksananya Operasi Cito SC Indikator Kegiatan : 1. Monev kinerja Tim PONEK 2. Tercapainya Waktu tanggal SC Darurat ≤ 30 menit	Peningkatan peran aktif Tim PONEK Indikator Kegiatan : 1. Tindak lanjut hasil Monev kinerja Tim PONEK 2. Terlaksananya waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit
7	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**				Peran aktif unit kerja terkait dalam mewujudkan layanan unggulan internasional Indikator Kegiatan : Monev terlaksananya layanan unggulan internasional	Peningkatan peran aktif dan dukungan semua aspek dalam mewujudkan layanan internasional Indikator kegiatan : 1. Adanya Dukungan dana untuk layanan internasional 2. Terwujudnya layanan unggulan bertaraf internasional

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
...7	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**				Perbaiki waktu tunggu rawat jalan Indikator kegiatan : 1. Membuat sistem pelayanan per sesi jam kunjungan 2. Usulan sistem antrian digital di setiap poliklinik	Percepatan waktu tunggu rawat jalan Indikator kegiatan : Peningkatan pelayanan paperless di setiap loket poliklinik
					Perbaiki waktu tunggu pelayanan obat farmasi Indikator Kegiatan : 1. Meng-aktifkan sistem antrean untuk menghitung waktu tunggu 2. Menambah petugas TTK dan Apoteker 3. Menambah TV display antrean	Percepatan waktu tunggu rawat jalan Indikator kegiatan : 1. Mengembangkan EWS dalam verifikasi, pengkajian kesesuaian terhadap Fornas. 2. Brdiging system BPJS dengan pelayanan resep rawat jalan 3. Kerjasama dengan pihak ke-3 untuk mengantar obat	
		Penundaan Waktu Operasi Elektif**				Pemantauan penundaan waktu operasi elektif Indikator Kegiatan : 1. Adanya laporan pemantauan waktu operasi elektif 2. Tindak lanjut laporan pemantauan operasi elektif	Tidak adanya penundaan operasi elektif karena sarpras dan DPJP Indikator kegiatan : Tidak adanya keluhan pasien dan keluarga terkait penundaan operasi elektif karena sarpras dan keterlambatan DPJP
		Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**				Terlaksananya ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Indikator kegiatan : Tersusunnya nama dokter dan jam praktek pada setiap poliklinik	Terlaksananya ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Indikator Kegiatan : Adanya Sistem reward untuk tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu melebihi target
		Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**				Kepatuhan visite DPJP rawat inap sesuai standar Indikator kegiatan : Penyusunan tim monev visite DPJP Terlaksananya Monev visite DPJP	Kepatuhan visite DPJP sesuai standar Indikator kegiatan : Terlaksananya Monev visite DPJP Tindak lanjut hasil monev visite DPJP

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
....7	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar				Peningkatan Fasilitas Parkir : Indikator Kegiatan : 1. Pengaspalan jalan dan pembuatan kanopi untuk pejalan kaki di area parkir belakang 2. Optimalisasi alur parkir dengan system lopping untuk memudahkan pemcarian parkir 3. penambahan fasilitas pembukaan gate otomatis khusus member untuk mempercepat waktu tunggu 4. integrasi data simrs dan parkir untuk pembuatan data member dan pasien	Penguatan Fasilitas Parkir : Indikator Kegiatan : 1. Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi parkir 2. Pembangunan gedung khusus parkir dengan skema BOT
		Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**				Terlaksananya layanan prioritas Indikator Kegiatan : Terukurnya indikator klinis layanan prioritas (KJSU)	Perbaiki layanan prioritas Indikator Kegiatan : Tercapainya indikator klinis layanan prioritas sesuai target
		Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**				Tersedianya layanan unggulan VVIP Indikator kegiatan : 1.Penetapan jenis layanan unggulan VVIP 2.Adanya dukungan dana untuk layanan unggulan VVIP 3. Tersedianya gedung layanan unggulan VVIP 4.Promosi eksternal layanan unggulan VVIP 5.Peningkatan kerjasama jaminan non BPJS layanan unggulan VVIP	Peningkatan layanan unggulan VVIP Indikator Kegiatan : 1.Terlaksananya monev layanan unggulan VVIP 2.Terdapat peningkatan jumlah pasien layanan unggulan VVIP 3.Kepuasan pasien layanan unggulan VVIP melebihi target
8	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)			Peningkatan kasus sulit respirasi yang ditangani secara MDT (Multi Disciplinary Team) Indikator Kegiatan : 1. Pengembangan Early Warning System kasus sulit respirasi yang ditaangi melalui MDT 2. Pemanfaatan kegiatan MDT melalui program Echo Project	Peningkatan kasus sulit respirasi yang ditangani secara MDT (Multi Disciplinary Team) Indikator Kegiatan : 1. Penguatan sistem Penanganann kasus sulit respirasi melalui program ECHO Project 2.Pengukuran dan pemenuhan sistem kasus sulit yang ditangani melalui MDT	

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					
			2020	2021	2022	2023	2024	
...8	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis					Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis Indikator Kegiatan : Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis Indikator Kegiatan : Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis
9	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	Indeks Kepuasan Masyarakat**					Perbaiki kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUP Persahabatan Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya suvey IKM internal RSP setiap bulan 2. Evaluasi hasil survey IKM internal 3. Pelaporan hasil survey ke Direktur terkait dan unit kerja terkait	Peningkatan kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUP Persahabatan Indikator kegiatan : 1. Terlaksananya survey IKM internal setiap bulan 2. Tindak lanjut hasil survey IKM internal
		Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Pengembangan layanan dengan sistem digitalisasi 2. Pemenuhan sarana prasarana pelayanan 3. Penguatan kapasitas SDM internal	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Penguatan layanan dengan sistem digitalisasi 2. Penguatan sarana prasarana pelayanan 3. Penguatan kapasitas SDM internal	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Peningkatan kapasitas service ekselen (sesuai dengan keluhan pasien) 2. Pelatihan SDM Dalam pengelolaan survey kepuasan Masyarakat 3. Pelaksanaan Survey secara Independen	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Tindak lanjut hasil survey kepuasan pasien oleh pihak ke-3, dengan : - Peningkatan kapasitas service ekselen (sesuai dengan keluhan pasien) - Pelatihan SDM Dalam pengelolaan survey kepuasan Masyarakat - Pelaksanaan Survey secara Independen - Pemenuhan sarana prasarana fasilitas umum (toilet pasien, ruang tunggu, taman dan parkir) - Percepatan waktu tunggu pelayanan rawat jalan dan operasi elektif - Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik dan visite rawat inap 2. Pelaksanaan survey kepuasan pasien oleh pihak ke-3	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Tindak lanjut hasil survey kepuasan pasien oleh pihak ke-3, dengan : - Pengembangan Survey Dengan Sistem Digital - Pelaksanaan Survey secara Independen - Peningkatan sarana prasarana fasilitas umum (toilet pasien, ruang tunggu, taman dan parkir) - Percepatan waktu tunggu pelayanan rawat jalan dan operasi elektif - Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik dan visite rawat inap 2. Pelaksanaan survey kepuasan pasien oleh pihak ke-3	

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
10	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**				<p>Terlaksananya laporan bulanan INM ke Dit Mutu setiap bulan</p> <p>Indikator kegiatan : 1.Pengukuran dan pengumpulan data INM 2.Evaluasi dan Validasi data INM 3.Pelaksanaan <i>Safety Review</i> standar Akreditasi JCI</p>	<p>Terselenggaranya Mutu layanan sesuai standar</p> <p>Indikator kegiatan : Tersedianya laporan capaian INM beserta analisa dan rencana perbaikan setiap triwulan</p>
		Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**				<p>Terwujudnya Budaya Keselamatan pasien dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Indikator kegiatan : 1.Adanya pengumpulan laporan IKP dari unit kerja 2.Regrading dan pembahasan upaya tindak lanjut dengan unit terkait 3.Tindak lanjut hasil survey budaya keselamatan</p>	<p>Peningkatan budaya keselamatan pasien dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Indikator kegiatan : 1.Adanya laporan IKP beserta evaluasi dan rencana tindak lanjutnya 2.Terlaksananya RCA untuik setiap kejadian KTD dan sentinel disertai dengan evaluasinya</p>
		Tercapainya indikator mutu prioritas nasional sesuai target (7 indikator)				<p>Terlaksananya Mutu Pelayanan Kesehatan dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Indikator kegiatan : 1.Terlaksananya pengukuran indikator INM antara lain - Kepatuhan kebersihan tangan - Kepatuhan penggunaan APD - Kepatuhan Identifikasi Pasien - Pelaporan hasil kritis lab - Kepatuhan penggunaan formularium nasional - Kepatuhan alur klinis (CP) - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 2.Adanya program kerja untuk 7 indikator diatas 3.Adanya cascading program kerja ke dalam bentuk kegiatan</p>	<p>Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Indikator kegiatan : Tercapainya target INM</p>
11	Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu			<p>Terlaksananya pengampuan RS Jejaring TB</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Pembentukan Tim</p>	<p>Terlaksananya pengampuan RS Jejaring TB</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Pengajuan sarana prasarana</p>	<p>Terlaksananya pengampuan RS Jejaring TB</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. RS pengampu secara</p>

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
	di Indonesia				Pengampuan TB 2. Pembentukan Tools Program Pengampuan TB 3. Tersusunnya Kriteria Stratifikasi Layanan TB 4. Regionalisasi RS Pengampuan 5. Penjajakan PKS dan MoU ke RS Pengampu dan Kepala Daerah 6. Visitasi kepada RS Pengampu 7. Inisiasi pengampuan untuk RS Pilot Project	dan SDM untuk program pengampuan 2. Terlaksananya Proktorship kepada RS pengampu 3. Peningkatan kualitas untuk pencatatan dan pelaporan RS yang diampu 4. Inisiasi aplikasi KOMEN untuk layanan pengampuan	mandiri sudah dapat melakukan pengampuan RS dibawahnya
		Pengampuan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**				Terlaksananya pengampuan RSUD binaan menjadi strata Utama Indikator kegiatan : 1.Tersusunnya Tim Pengampu RSUP Persahabatan 2.Adanya Program Kerja Tim Pengampu 3.Koordinasi aktif antar Tim Pengampu	Terlaksananya pengampuan RSUD binaan menjadi strata Utama Indikator Kegiatan : Adanya peningkatan jumlah RSUD binaan menjadi strata utama
		Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**				Terlaksananya pengampuan RSV binaan menjadi strata paripurna Indikator kegiatan : 1.Tersusunnya Tim Pengampu RSUP Persahabatan 2.Adanya Program Kerja Tim Pengampu 3.Koordinasi aktif antar Tim Pengampu	Terlaksananya pengampuan RSV binaan menjadi strata paripurna Indikator Kegiatan : Adanya peningkatan jumlah RSV binaan menjadi strata paripurna
12	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	Benchmarking/Sister Hospital			Pelaksanaan program Sister Hospital Indikator Kegiatan : 1. Pengusulan program potensial 1 sd 5 sister potensial sister hospital dengan beberapa degara di Dunia 2.Penguatan sister hospital dengan terwujudnya Ikatan Kerjasama Luar Negeri	Pelaksanaan program Sister Hospital Indikator Kegiatan : 1. Pengusulan program potensial 1 sd 5 sister potensial sister hospital dengan beberapa degara di Dunia 2.Penguatan sister hospital dengan terwujudnya Ikatan Kerjasama Luar Negeri	Pelaksanaan program Sister Hospital Indikator Kegiatan : 1. Implementasi Program sister hospital dengan negara di dunia (dengan program Pelayanan, pendidikan dan Penelitian) 2.Peningkatan pelayanan sesuai sister hospital

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
		Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara				Peningkatan capaian layanan unggulan respirasi Indikator Kegiatan : Pengembangan layanan Unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir	Peningkatan capaian layanan unggulan respirasi Indikator Kegiatan : Penguatan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir
13	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	Persen(%) kenaikan POBO	Perencanaan Anggaran Skala Prioritas Indikator Kegiatan : Penyusunan Anggaran pengembangan respirasi	Anggaran berbasis cost benefit Indikator Kegiatan : Belanja barang dan jasa secara efektif dan efisien	Percepatan klaim pasien Indikator Kegiatan : Membangun sistem terintegrasi klaim pasien jaminan	Optimalisasi Anggaran berbasis efisiensi Indikator Kegiatan : Pembayaran Anggaran berskala prioritas	Optimalisasi Anggaran berbasis efisiensi Indikator Kegiatan : Pembayaran Anggaran berskala prioritas
		Persen(%) kenaikan Revenue	Optimalisasi Pendapatan Indikator Kegiatan : Memaksimalkan penagihan piutang non operasional	Optimalisasi Pendapatan Indikator Kegiatan : Memaksimalkan penagihan piutang non operasional	Optimalisasi Penyerapan Anggaran Indikator Kegiatan : Memaksimalkan sistem IT terintegrasi	Optimalisasi Penyerapan Anggaran Indikator Kegiatan : Memaksimalkan sistem IT terintegrasi	Optimalisasi Penyerapan Anggaran Indikator Kegiatan : Memaksimalkan sistem IT terintegrasi
		Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**				LHP BPK ditindaklanjuti dengan tuntas Indikator kegiatan : 1.Pendampingan dan konsultasi dengan Tim BPK 2.Melakukan tindaklanjut LHP BPK secara berkesinambungan 3.Update data dan konsultasi dengan Tim Itjen	Terlaksananya rekomendasi hasil pemeriksaan BPK dengan tuntas ditindaklanjuti Indikator Kegiatan : 1. Pendampingan dan konsultasi dengan Tim BPK 2.Melakukan tindaklanjut LHP BPK secara berkesinambungan 3.Update data dan konsultasi dengan Tim Itjen
		Persentase realisasi target pendapatan BLU**				Terlaksananya pemantauan realisasi pendapatan secara akurat Indikator kegiatan : 1.Melakukan kompilasi laporan pendapatan BLU sesuai ketentuan 2.Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari pendapatan BLU 3.Melaporkan kepada KPA maksimal tanggal 10 setiap bulan	Terlaksananya pemantauan realisasi pendapatan secara akurat Indikator kegiatan : 1.Melakukan kompilasi laporan pendapatan BLU sesuai ketentuan 2.Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari pendapatan BLU 3.Melaporkan kepada KPA maksimal tanggal 10 setiap bulan

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
		Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**				<p>Terlaksananya pemantauan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari rupiah murni secara akurat setiap bulannya</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya 2. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya 	<p>Terlaksananya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari RM</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya 2. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya
		Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**				<p>Terlaksananya pemantauan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari BLU secara akurat setiap bulannya</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya 2. Rekonsiliasi dengan KS Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran 3. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya 	<p>Terlaksananya pelaporan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari BLU secara akurat setiap bulannya</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya 2. Rekonsiliasi dengan KS Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran 3. Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya
		Persentase nilai EBITDA Margin				<p>Terlaksananya penghitungan atas Surplus/Defisit RS terhadap biaya operasional RS</p> <p>Indikator kegiatan : Perhitungan EBITDA Margin secara berkala</p>	<p>Monitoring atas Surplus / Defisit atas pendapatan terhadap biaya</p> <p>Indikator kegiatan : Perhitungan EBITDA Margin secara berkala</p>

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
Transformasi Sistem Teknologi Kesehatan							
14	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	Terbentuknya dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : Pengembangan sistem aplikasi pelayanan / ERM (<i>elektronik medical record</i>)	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : 1. Penguatan sistem aplikasi pelayanan / ERM 2. Pengembangan sistem keuangan 3. Pengembangan sistem Inventory 4. Pengembangan sistem SDM 5. Implementasi SISROUTE	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : 1. Implementasi aplikasi pelayanan / ERM; sistem keuangan; sistem Inventory; sistem SDM 2. Tersusunya dashboard pelayanan, keuangan, sistem inventory, sistem SDM 3. Self Assesment Tingkat maturitas BLU 2021 4. Implementasi SISROUTE	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : 1. Pengembangan sistem aplikasi pendidikan dan penelitian 2. Self Assesment Tingkat Maturitas BLU 2022	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : 1. Pengembangan dashboard pendidikan dan penelitian RSUP persahabatan sesuai dengan kebutuhan 2. Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit 3. Self Assesment Tingkat Maturitas BLU 2023
		Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**			Terwujudnya layanan berbasis Genomic untuk pasien Tuberculosis Indikator Kegiatan : Pemeriksaan genomic dengan pasien TB	Terwujudnya layanan berbasis Genomic untuk pasien Tuberculosis Indikator Kegiatan : Pemeriksaan genomic dengan pasien TB	
		Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**			Pasien dengan resisten obat anti tuberculosis (OAT) dapat disembuhkan dengan obat yang lain Indikator Kegiatan : Ditemukan atau pola resistensi (OAT) untuk masyarakat indonesia	Pasien dengan resisten obat anti tuberculosis (OAT) dapat disembuhkan dengan obat yang lain Indikator Kegiatan : Ditemukan atau pola resistensi (OAT) untuk masyarakat indonesia	
		Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**			surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut Indikator kegiatan : Terlaksananya survialians IDO, VAP, CAUTI dan BSI berdasarkan data yang teracatat dalam EMR	surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut Indikator kegiatan : Terlaksananya survialians IDO, VAP, CAUTI dan BSI berdasarkan data yang teracatat dalam EMR	
.....14	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab			Terlaksananya pengembangan RME Lanjutan (Nicu, Radiotherapi, ICU) Indikator kegiatan : Pengembangan sistem RME lanjutan (nicu, radiotherapi,	Terlaksananya pengembangan RME Lanjutan (Nicu, Radiotherapi, ICU) Indikator kegiatan : Persentase pengembangan	

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS				
			2020	2021	2022	2023	2024
		medik, farmasi)**				ICU)	sistem RME Lanjutan tahun 2023
						Terwujudnya pelaksanaan perangkat Indikator kegiatan : Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2023	Terwujudnya pelaksanaan perangkat Indikator kegiatan : Persentase kelengkapan perangkat untuk menunjang kegiatan RME lanjutan tahun 2023
						Terlaksananya implementasi RME Lanjutan Indikator kegiatan : Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME	Terlaksananya implementasi RME Lanjutan Indikator kegiatan : Tercapainya kegiatan pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME
						Terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi rekam medik elektronik Indikator kegiatan : 1. Rapat koordinasi terkait hasil monev rekam medik elektronik 2. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia 3. Monev perangkat ERM 4. Monitoring pengisian integrasi RME unit penunjang 5. Evaluasi integrasi RME unit penunjang	Terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi rekam medik elektronik Indikator kegiatan : 1. Pengisian rekam medik berjalan optimal 2. Terlaksananya monitoring integrasi RME unit penunjang 3. Terlaksananya evaluasi integrasi RME unit penunjang

Tabel III.2 Revisi Sasaran Strategis dan IKU RSUP Persahabatan 2020-2024

No	Sasaran Strategis	No	Indikator Kinerja Utama	Bobot	Target 2020	Target 2021	Target 2022	Target 2023	Target 2024
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang Dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	1	Persen(%) staf yang berkinerja ekselen	4	70%	75%	80%	85%	90%
2	Terwujudnya Sarana Prasarana dan Alat (SPA) yang berkualitas	2	Persentase keluhan sarana prasaranayang ditindak lanjuti	3	90%	91%	92%	98%	100%
		3	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Dalam Negeri	4			70%	70%	70%
		4	Persentase Pemenuhan SPA RS sesuai standar**	3				95%	95%
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	5	Terbentuknya dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	3				75%	80%
		6	Terselenggaranya layanan berbasis genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**					1 layanan	1 layanan
		7	Terlaksananya rekrutmen sample pelaksanaan pemeriksaan HWGS**					5000 sampel	5000 sampel
		8	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**					1 sistem	1 sistem
		9	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, Penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medi, farmasi)**					100%	100%
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	10	Jumlah PPK yang dievaluasi	4	5 PPK/KSM/th				
5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	11	Persentase pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif	4	1	2	3	4	5
		12	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS**					≤2.5%	≤2.5%
		13	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**					2 kali	2 kali
		14	Waktu tanggap operasi sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit**					≤30 menit	≤30 menit
6	Terwujudnya pelayanan Centered of excellence secara optimal	15	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**					1 layanan	1 layanan
		16	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**					≥80%	≥80%
		17	Penundaan Waktu Operasi Elektif**					≤3%	≤3%
		18	Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**					≥80%	≥80%
		19	Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap**					≥80%	≥80%

		20	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**					70%	70%
		21	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke, Uronefrit (KJSU)**					1 indikator setiap layanan	1 indikator setiap layanan
		22	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**					Sesuai RBA	Sesuai RBA
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellent	23	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)		80	85	90	95%	100%
		24	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis					80%	85%
8	Terwujudnya pusat penelitiandan inovasi dibidang respirasi	25	jumlah karya ilmiah yang dipublikasi dijurnal internasional yang terakreditasi		10	12	15	20	25
		26	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun					40	50
		27	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten					10	12
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	28	Jumlah program pendidikan dandukung teknologi terkini		1	1	1	1	1
		29	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**					1	1
10	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	30	Indeks Kepuasan Masyarakat**					≥80%	≥80%
		31	Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**					≥80%	≥80%
11	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan**	32	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**					12 laporan	12 laporan
		33	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**					12 laporan	12 laporan
		34	Kepatuhan kebersihan tangan**					≥ 90%	≥ 90%
		35	Kepatuhan penggunaan APD**					100%	100%
		36	Kepatuhan Identifikasi Pasien**					100%	100%
		37	Pelaporan hasil kritis laboratorium**					100%	100%
		38	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional**					≥ 90%	≥ 90%
		39	Kepatuhan alur klinis (<i>clinical pathway</i>)**					≥ 85%	≥ 85%
		40	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**					100%	100%

12	Terwujudnya Pengampunan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	41	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu				6	8	
		42	Pengampunan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**				1	1	
		43	Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata paripurna**				1	1	
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	44	<i>Benchmarking/Sister Hospital</i>				2	3	
		45	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara				50%	70%	
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	46	Persen(%) kenaikan POBO		75%	76%	77%	78%	80%
		47	Persen(%) kenaikan Revenue		4,63%	4,69%	4,75%	4,88%	4,94%
		48	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**					92,50%	92,50%
		49	Persentase realisasi target pendapatan BLU**					95%	95%
		50	Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**					97%	97%
		51	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**					95%	95%
		52	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP**					10%	10%
		53	Persentase nilai EBITDA Margin					15%	15%

BAB IV PENUTUP

Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan tahun 2020-2024 mengacu pada PMK Nomor 13 Tahun 2022 tentang Renstra Kementerian Kesehatan, dengan melakukan cascading Renstra Kementerian Kesehatan ke dalam Sasaran Strategis RSUP Persahabatan yang menekankan pada reformasi sistem kesehatan nasional yang diterjemahkan ke dalam transformasi kesehatan, terdiri dari : Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan, Transformasi Teknologi Kesehatan, Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan.

Transformasi kesehatan RSUP Persahabatan tertuang dalam Sasaran Strategis didukung dengan penetapan Indikator Kinerja Utama serta program kerja yang juga sesuai dengan peran RSUP Persahabatan sebagai Rumah Sakit Pusat Respirasi Nasional.

Upaya Implementasi transformasi kesehatan RSUP Persahabatan antara lain :

1. Penguatan jejaring pengampunan RS Jejaring TB di Indonesia;
2. Peningkatan mutu dan keselamatan dengan terakreditasi Internasional;
3. Program *Sister Hospital* dengan rumah sakit Internasional untuk peningkatan layanan respirasi;
4. Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) sesuai standar;
5. Pemanfaatan produk dalam negeri dengan penggunaan produk perbekalan farmasi dan pembelian alat kesehatan dalam negeri;
6. Pelaksanaan MoU AHS dengan Wahana Pendidikan Kedokteran/ Kesehatan;
7. Penyempurnaan SIMRS untuk memenuhi tuntutan pelayanan dan kebutuhan data supra sistem.

Adapun hal-hal yang perlu mendapat perhatian khusus antara lain :

1. Peningkatan inovasi layanan Non Respirasi dan Non BPJS
2. Peningkatan Kemampuan Tim Bencana / Tim Satgas dalam menghadapi segala kemungkinan yang berisiko (bencana alam, perubahan lingkungan, situasi global dan lain-lain)
3. Peningkatan bantuan pendidikan baik dalam negeri maupun luar negeri untuk mencapai kompetensi yang diharapkan bagi manajerial maupun staf fungsional

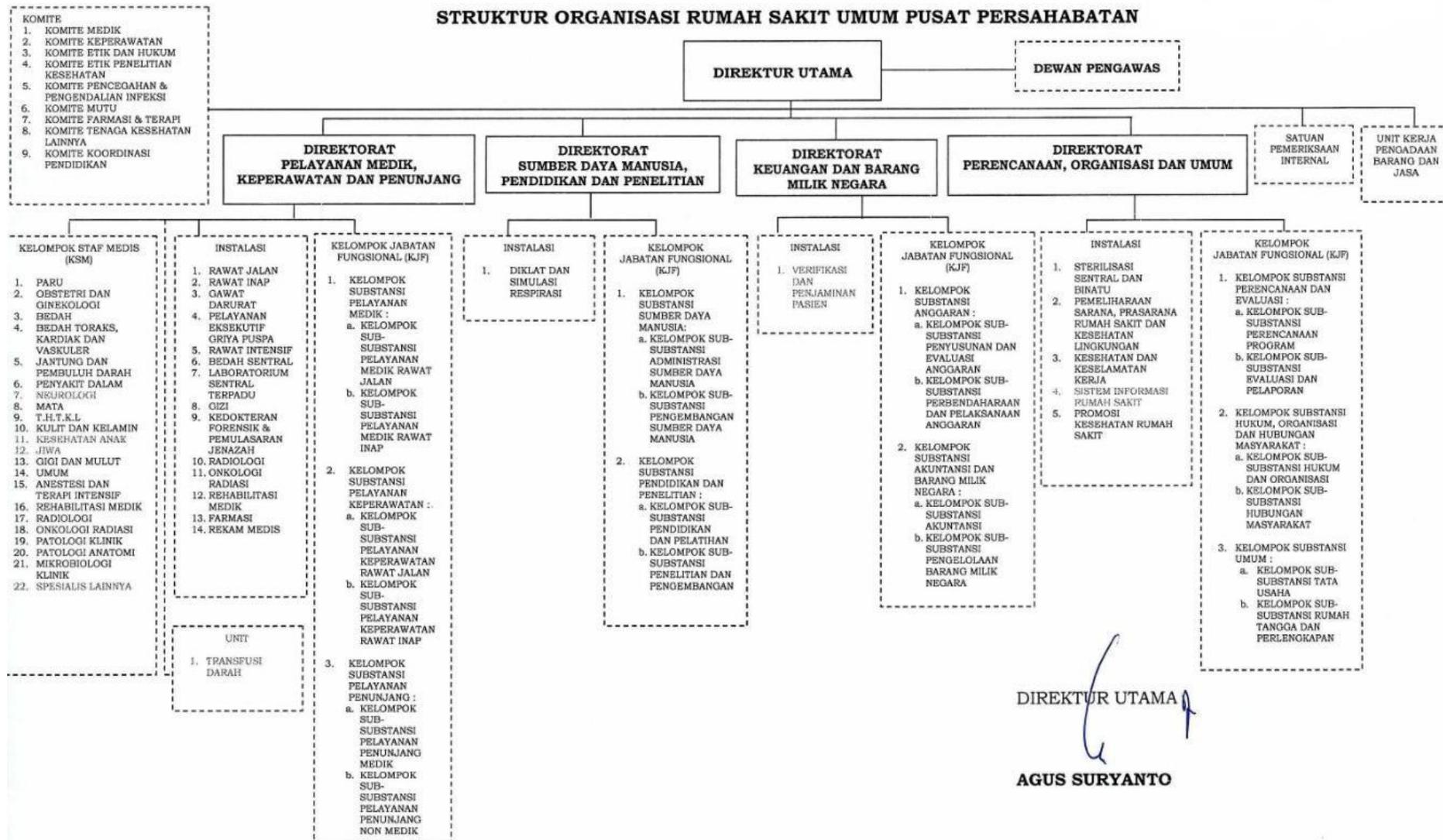
Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan tahun 2020-2024 disusun dengan melibatkan stakeholder internal dan eksternal yang dilakukan dengan menggunakan metode *Focuss Group Discussion* (FGD) yang selanjutnya dilakukan analisis lingkungan, kinerja, mitigasi risiko, analisa SWOT dan TOWS dalam menentukan arah dan sasaran strategis. Oleh karena itu, diucapkan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah terlibat dan berkontribusi dalam penyusunan Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan. Revisi.3 RSB RSUP Persahabatan diharapkan menjadi pedoman pelaksanaan kegiatan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

**Lampiran Revisi.3 RSB
RSUP Persahabatan Tahun 2020-2024**

Tabel. Profile RSUP Persahabatan

TAHUN	SITUASI
1963	Menjadi RS satelit RSUP Dr. Cipto Mangunkusumo.
1975	Menjadi RSUP dengan tipe kelas B sebagai pusat rujukan nasional untuk penyakit paru
1981	Melalui SKB menjadi RS Pendidikan
1992	Sebagai RS Swadana
2002	Menjadi Perusahaan Jawatan
2005	Menjadi Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PK-BLU)
2011	Menjadi RS Kelas A Pendidikan Eksilensi Pulmonologi FKUI.
2016	Menjadi RS Pusat Rujukan Respirasi
2018	Terakreditasi KARS kelulusan Paripurna (Bintang 5)
2019	Kelulusan JCI Internasional Terakreditasi KARS kelulusan Internasional (Bintang 6)

Tabel. SOTK RSUP PERSAHABATAN



Tabel Gambaran Kinerja RSUP Persahabatan

No	Pencapaian Kinerja		CAPAIAN				
			2015	2016	2017	2018	2019
1	BOR Berdasarkan Kelas Perawatan	Utama	48,1	47,9	35,8	VIP 28,5 VVIP 11,0	VIP 75,53 VVIP 24,73
		Kelas I	82,5	90,3	106,2	70,6	65,28
		Kelas II	96,0	66,4	63,1	63,1	63,71
		Kelas III	49,8	63,4	71,1	65,3	59,48
2	Rata-rata Kunjungan IGD Perhari		1,4	0,9	1,1	0,8	1,07
3	Rata-Rata KunjunganRajal Per hari		1,3	0,8	1,4	1,0	1,06
4	Pertumbuhan produktivitas Pesertadidik pendidikan kesehatan	PSPD-PSPDG	15	115	1,1	1,1	1,16
		PPDS-PPDGS	15	115	1,19	1,14	1,16
		Profesi-Ners	15	115	1,19	1,14	1,16
		Penunjang	15	115	1,19	1,14	1,16
5	Publikasi penelitian di RSUP Persahabatan	Nasional	5	1,13	13	1,87	1,13
		Internasional	5	1,13	13	1,87	1,13

6	Mutu Layanan	Emergency Response Time Rate	3 menit 7 detik	4 menit 47 detik	5 menit	2,25 menit	2,17 menit
		Waktu Tunggu Rawat Jalan	51,22 menit	57,41 menit	57,5 menit	25,01 menit	26 menit
		LOS (Length of Stay)	5,62 hari	5,49 hari	5,53 hari	5,82 hari	5.49 hari
		Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	18 menit	22,10 menit	13,8 menit	13,40 menit	12,48 menit
		Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2 hari	36 jam	21,8 jam	21,67 jam	0,92Hari
7	Mutu Klinik	Angka Kematian di Gawat Darurat	0.43%	1,74%	0.70%	0,74%	0.64%
		Angka Kematian \geq 48 jam	4.82%	5,00%	5,25%	3,74%	4,16%
		Post Operatif death rate	0	0	0	0	0
		Angka Infeksi Nosokomial :					
		a. Infeksi luka Operasi	1,2%	0,73%	0,04%	0,05%	0,5%
		b. Infeksi jarum Infus	8,24%	0,25%	0,08%	0,03%	0,05%
		c. Dekubitus	1,18%	0,2%	0,38%	0,13%	0,22%
		d. ISK	1,84%	0,4%	0,34%	0,01%	0,00%

8	Kepedulian Kepada Masyarakat	Rasio Tempat Tidur Kelas III	51,67%	49,9%	71,18%	65,33%	61,88%
9	Kepuasan Pelanggan	Prosentase Penanganan Pengaduan / Komplain	85%	92,36%	100%	100%	100%
		Kepuasan Pelanggan	77,23%	80,78%	84,49%	84%	85%
10	Rasio Keuangan	a. Rasio Kas	169,73	109,56	50,78	72,28	45,45
		b. Rasio Lancar	321,28	287,06	233,84	328,78	209,43
		c. Periode Penagihan Piutang	24,93	27,45	29,73	70 hari	69 hari
		d. Perputaran Aset Tetap	35,60	28,91	14,32	17,14	14,84
		e. Imbalan Atas Aset Tetap	3,38	4,01	-1,99	-1,45	-78
		f. Imbalan Ekuitas	3,11	3,80	-1,95	-1,39	-0,78
		g. Perputaran Persediaan	35,06	35,79	47,35	36 hari	34 hari
		h. Rasio Pendapatan PNBPT Terhadap Biaya Operasional	74,91	78,74	70,13	77,55	80,96
		i. Rasio Subsidi Biaya Pasien	0,01	0,12	0,04%	0	0
11	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
		b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan	2,00	1,90	1,90	1,90	2,00

		c. Surat Perintah Pengesahan Pendapatan dan Belanja BLU	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
		d. Tarif Layanan	0	1,00	1,00	1,00	1,00
		e. Sistem Akuntansi	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
		f. Persetujuan Rekening	1,00	0,50	0,50	0,50	0,50
		g. SOP Pengelolaan Kas	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
		h. SOP Pengelolaan Piutang	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
		i. SOP Pengelolaan Utang	0,50	0,5	0,50	0,50	0,50
		j. SOP Pengadaan barang dan Jasa	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
		k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
12	Realisasi penerimaan		Rp.375.936.346.876,25	Rp.356.369.177.503,20	Rp.390.389.525.586,29	Rp.430.753.451.754,50	Rp.467.389.147.086,94
13	Realisasi pengeluaran		Rp.402.768.681.443	Rp.387.085.051.348	Rp.404.053.830.707	Rp.415.341.960.639	Rp.470.440.674.346

Tabel Kinerja Produk Unggulan Periode 2017 – 2019 SK Direktur Utama no HK.02.03/IX.1/686/2017 tanggal 19 September 2017

NO	Jenis Produk Unggulan	Jumlah layanan		
		2017	2018	2019
1.	Klinik Berhenti Merokok	18	19	20
2.	Cardiopulmonary Exercise Test (CPX) atau Test Latih Jantung (CPX, Body box, Spirometri)	222	279	2.176
3.	Isolasi Pneumonia Viral	5	18	0
4.	Pelayanan TB Resistensi Obat Terpadu	17.897	22.282	13.157
5.	Pulmonologi Intervensi	1.481	1.421	952
6.	Respiratory Intensive Care Unit(RICU)	341	368	261
7.	Klinik Gangguan Tidur (SleepLab)	24	30	49
8.	Kardiologi Intervensi (CathLab)	594	468	533
9.	Radiologi Intervensi	39	26	41
10..	Bedah Toraks (mulai tahun 2017)	3.171	3.633	9.505
11.	Pelayanan Diabetes Terpadu (mulai tahun 2017)	5.286	6.495	9.471
12.	Pusat Simulasi Respirasi (mulai tahun 2017)	317 peserta didik	620 peserta didik	3.747 peserta didik

Tabel Kinerja Aspek Keuangan

NO	JENIS ANALISA	PER 31 DESEMBER 2019	SKOR	PER 31 DESEMBER 2018	SKOR	PER 31 DESEMBER 2017	SKOR	PER 31 DESEMBER 2016	SKOR	PER 31 DESEMBER 2015	SKOR
1	CASH RATIO Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>) Rumus: Kas dan setara Kas Kewajiban Jangka Pendek	33.095.159.526		35.945.829.821		22.210.359.308		34.217.756.504		65.249.689.977	
	x 100%	84.532.177.760		67.227.091.591		43.735.773.122		31.209.762.410		38.442.186.420	
		39,15%	0,50	53,47%	0,5	50,78%	0,5	109,64%	0,75	169,73%	1,25
2	Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>) Rumus: Aset Lancar Kewajiban Jangka Pendek	192.956.514.404		172.985.912.824		164.318.999.301		133.042.336.875		123.508.226.755	
	x 100%	84.532.177.760		67.227.091.591		43.735.773.122		31.209.762.410		38.442.186.420	
		228,26%	0,75	257,32%	1,25	375,71%	1,75	426,28%	1,75	321,28%	1,25
3	Ratio Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>) Piutang Usaha x 360 Pendapatan Usaha	38.978.851.641.840		29.529.356.242.680		34.436.936.240.640		24.349.929.618.960		8.786.801.141.107	
	x1 hari	491.702.520.442		419.723.998.879		420.763.139.124		361.652.792.252		352.456.161.787	
		79,27 hari	0,75	70	0,75	82	0,5	67	0,75	67	0,75
4	Ratio perputaran Persediaan Total Persediaan x 365 Pendapatan BLU	23.835.279.063.300		19.986.336.088.875		16.763.187.601.145		11.382.848.749.525		12.355.525.877.950	
	x1 hari	713.666.681.192		555.663.424.469		561.716.923.498		599.240.069.676		352.456.161.787	
		33,40 hari	2,25	36	1,75	30	1,75	19	1,25	35	1,75

5	Peningkatan Perputaran Aset Tetap										
	$\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aset Tetap}} \times 100\%$	478.563.378.986		419.723.998.879		420.763.139.124		361.652.792.252		352.456.161.787	
		4.305.635.463.195		2.449.068.007.086		2.472.782.804.456		1.099.852.784.229		990.030.711.124	
		11,11%	1,25	17,14%	1,75	17,02%	1,75	32,88%	2,25	35,60%	2,25
6	Imbalan Atas Aktiva Tetap (Return On Asset)										
	$\frac{\text{Surplus atau Defisit Sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}{\text{Aset Tetap}} \times 100\%$	198.520.898.220		-35.552.712.125		17.164.203.498		87.494.061.973		33.456.997.430	
		4.305.635.463.195		2.449.068.007.086		2.472.782.804.456		1.099.852.784.229		990.030.711.124	
		4,61%	1,45	-1,45%	0	0,69%	0	7,96%	2,25	3,38%	1,5
7	Imbalan Ekuitas (Return On Equity)										
	$\frac{\text{Surplus atau Defisit Sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}{\text{Ekuitas}} \times 100\%$	198.520.898.220		-35.552.712.125		17.164.203.498		87.494.061.973		33.456.997.430	
		3.983.672.533.483		2.557.208.820.816		2.594.314.399.683		1.202.820.770.157		1.075.237.775.498	
		4,98%	1,45	-1,39%	0	0,66%	0,62	7,27%	2,05	3,11%	1,25
8	Cost Recovery (POBO)										
	$\frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Beban Operasional}} \times 100\%$	491.871.196.068		419.723.998.879		420.763.139.124		361.652.792.252		352.456.161.787	
		515.145.782.972		541.221.028.765		505.106.869.589		481.784.022.835		470.523.695.585	
		95,48%	2,75	77,55%	2,75	83,30%	2,75	75,07%	2,75	74,91%	2,75

9	Beban Subsidi Pasien $\frac{\text{Beban Subsidi Pasien}}{\text{Pendapatan Operasional}} \times 100\%$									
				470.610.621		123.996.010		370.325.437		23.974.849
				419.723.998.879		420.763.139.124		361.652.792.252		352.456.161.787
				0,11%	0	0,03%	0	0,10%	0	0,01%
			8,75		9,62		13,8		12,75	

Tabel Indikator Kinerja BLU

No.	Indikator Penilaian Kinerja	Target Skor	2020 (Audited)		2021 (Audited)		2022 (Self Assesment)	
			Haper	Nilai	Haper	Nilai	Haper	Nilai
1	A. ASPEK KEUANGAN							
	Rasio Keuangan							
	a. Rasio Kas (<i>Cash Ratio</i>)	2,25	1610,35%	0,50	1601,98%	0,5	666.17%	0.50
	b. Rasio Lancar (<i>Current Ratio</i>)	2,75	2558,76%	2,75	2410%	2,75	963.16%	2.75
	c. Periode Penagihan Piutang (<i>Collection Period</i>)	2,25	21,29	2,25	31,84	1,75	11.47	2.25
	d. Perputaran Aset Tetap (<i>Fixed Asset Turnover</i>)	2,25	54,06	1,25	13,70%	1,25	8.59%	0.75
	e. Imbalan atas Aset Tetap (<i>Return on Fixed Asset</i>)	2,25	11%	1,25	1,88%	1	-1.39%	0
	f. Imbalan Ekuitas (<i>Return On Equity</i>)	2,25	0,91%	0,00	1,70%	0,85	-1.14%	0.62
	g. Perputaran Persediaan (<i>Inventory Turnover</i>)	2,25	0,83%	0,62	48,77	1,25	47.98%	1.25
	h. Rasio Pendapatan PNBPN terhadap Biaya Operasional	2,75	108,53%	2,75	97,61%	2,75	66.66%	2.75
	Skor Kinerja Rasio Keuangan	19,00		11,37		12,10		10.87
2	Kepatuhan Pengelolaan Keuangan BLU							
	a. Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) Definitif	2	Sesuai Ketentuan	2,00	Sesuai Ketentuan	2	Sesuai ketentuan	2
	b. Laporan Keuangan Berdasarkan Standar Akuntansi Keuangan (SAK)	2	Sudah disampaikan	2,00	Sudah disampaikan	2	Sudah disampaikan	2
	c. SP3B BLU	2	Ya	2,00	Ya	2	Ya	2
	d. Tarif Layanan	1	Tarif telah ditetapkan Kemenkeu	1,00	Tarif telah ditetapkan Kemenkeu	1	Tarif telah ditetapkan Kemenkeu	1
	e. Sistem Akuntansi	1	Ya	1,00	Ya	1	Ya	1
	f. Persetujuan Rekening	0,5	Ya	0,50	Ya	0,5	Ya	0.5
	g. Standard Operating Procedure (SOP) Pengelolaan Kas	0,5	Ya	0,50	Ya	0,5	Ya	0.5
	h. SOP Pengelolaan Piutang	0,5	Ya	0,50	Ya	0,5	Ya	0.5
	i. SOP Pengelolaan Utang	0,5	Ya	0,50	Ya	0,5	Ya	0.5
	j. SOP Pengadaan Barang dan Jasa	0,5	Ya	0,50	Ya	0,5	Ya	0.5
	k. SOP Pengelolaan Barang Inventaris	0,5	Ya	0,50	Ya	0,5	Ya	0.5
		Skor Kinerja Kepatuhan PK BLU	11,00		11,00		11,00	
	Total Skor Kinerja Aspek Keuangan (A)	30,00		22,37		23,10		21,87

No.	Indikator Penilaian Kinerja	Target Skor	2020 (Audited)		2021 (Audited)		2022 (Self Assesment)	
			Haper	Nilai	Haper	Nilai	Haper	Nilai
1	B. PERTUMBUHAN PRODUKTIVITAS							
	Aspek Layanan							
	1) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan	2	0,96	1,25	1,13	2	1,56	2
	2) Pertumbuhan Rata-rata Kunjungan Rawat Darurat	2	0,62	0,00	0,83	0	1,37	2,00
	3) Pertumbuhan Hari Perawatan Rawat Inap	2	0,50	0,00	1,15	2	1,30	2,00
	4) Pertumbuhan Pemeriksaan Radiologi	2	0,65	0,00	1,07	1,5	1,26	2,00
	5) Pertumbuhan Pemeriksaan Laboratorium	2	1,02	1,50	1,21	2	2,19	2,00
	6) Pertumbuhan Operasi	2	0,67	0,00	1,08	1,5	2,35	2,00
	7) Pertumbuhan Rehab Medik	2	0,79	0,00	1,10	2	1,37	2,00
	8) Pertumbuhan Peserta Didik Pendidikan Kedokteran	2	0,95	1,25	0,89	0,50	1,81	2
9) Pertumbuhan Penelitian Yang Di Publikasikan	2	1,10	2,00	1,35	2	1,1	2,00	
	Skor Kinerja Pertumbuhan Produktifitas	18,00		6,00		13,50		18,00
	B. EFEKTIFITAS PELAYANAN							
	1) Kelengkapan Rekam Medik 24 Jam Selesai Pelayanan	2	93,52%	2,00	0,96	2	84,77%	2,00
	2) Pengembangan Rekam Medik	2	90,67%	2,00	0,96	2	95,63%	2,00
	3) Angka Pembatalan Operasi	2	0,28%	2,00	0%	2	0,37%	2,00
	4) Angka Kegagalan Hasil Radiologi	2	0,00%	2,00	-	2	0,00%	2,00
	5) Penulisan Resep sesuai Formularium	2	99,69%	2,00	98%	2	96,86%	2,00
	6) Angka Pengulangan Pemeriksaan Laboratorium	2	0,00%	2,00	0,63%	2	0,51%	2,00
	7) Bed Occupancy Rate (BOR)	2	87,51%	1,50	52%	1	71,88%	2,00
	Skor Kinerja Efektifitas Pelayanan	14,00		13,50		13,00		14,00
	C. PERSPEKTIF PERTUMBUHAN PEMBELAJARAN							
	1) Rata-rata Jam Pelatihan Karyawan	1	0,08	1,00	1,47	1	0,8	1,00
	2) Persentase Dokter Pendidik Klinis Yang Mendapat TOT	1	100%	1,00	92%	1	99%	1,00
	3) Program Reward Dan Punishment	1	Ada program dilaksanakan	1,00	Ada program dilaksanakan	1	Ada Program dan dilaksanakan	1,00
	Skor Kinerja Pertumbuhan Pembelajaran	3,00		3,00		3,00		3,00
	Total Skor Kinerja Aspek Layanan	35,00		22,50		29,50		35,00

No.	Indikator Penilaian Kinerja	Target Skor	2020 (Audited)		2021 (Audited)		2022 (self asesmen)	
			Haper	Nilai	Haper	Nilai	Haper	Nilai
	2. MUTU DAN MANFAAT BAGI MASYARAKAT							
	A. MUTU PELAYANAN							
	1) Emergency Response Time Rate	2	1,82	2,00	3,65	2	00:04:21	2,00
	2) Waktu Tunggu Rawat Jalan	2	37,44	1,50	39,75	1,5	01:03:00	1,00
	3) Length of Stay (LOS)	2	5,51	2,00	6,25	2	4,98	2,00
	4) Kecepatan Pelayanan Resep Obat Jadi	2	16,36	1,50	20 Menit	1	00:15:06	1,00
	5) Waktu Tunggu Sebelum Operasi	2	12,00	2,00	20 jam	2	23:00:00	2,00
	6) Waktu Tunggu Hasil Laboratorium	2	1,14	2,00	menit 42 detik	2	00:43:54	2,00
	7) Waktu Tunggu Hasil Radiologi	2	8,30	0,50	menit 32 detik	2	02:44:16	2,00
	Skor Kinerja Mutu Pelayanan	14,00		11,50		12,50		12
	B. MUTU KLINIK							
	1) Angka Kematian di Gawat Darurat	2	0,01%	2,00	0,01	2	0,45%	2,00
	2) Angka Kematian / Kebutaan \geq 48 jam	2	10,74%	2,00	0,02	2	4,69%	2,00
	3) Post Operative Death Rate	2	0,00%	2,00	0,00	2	0,00%	2,00
	4) Angka Infeksi Nosokomial	4	0,00	4,00	0,00	4	0,00	4,00
	5) Angka Kematian Ibu di Rumah Sakit	2	0,43%	2,00	3,76%	2	1,5%	1,50
	Skor Kinerja Mutu Klinik	12,00		16,00		12,00		11,50
	C. KEPEDULIAN KEPADA MASYARAKAT							
	1) Pembinaan Kepada Pusat Kesehatan Masyarakat dan Sarana Kesehatan Lain	1	1	1,00	ada program dilaksanakan	1	Ada program dilaksanakan	1,00
	2) Penyuluhan Kesehatan	1	1	1,00	ada program dilaksanakan	1	Ada program dilaksanakan	1,00
	3) Rasio Tempat Tidur Kelas III	2	65,78%	2	38,85%	2	31,46%	2,00
	Skor Kinerja Kepedulian Kepada Masyarakat	4,00		4,00		4,00		4,00

D. KEPUASAN PELANGGAN								
1) Penanganan Pengaduan/Komplain		1	100	1,00	100%	1	100%	1,00
2) Kepuasan Pelanggan		1	90	0,85	89,57%	0,9	88,71%	0,88
Skor Kinerja Kepuasan Pelanggan		2,00		1,85		1,90		1,88
E. KEPEDULIAN TERHADAP LINGKUNGAN								
1) Kebersihan Lingkungan		2	95	2,00	9.750	2	9100	2,00
2) Proper Lingkungan		1	Biru	0,60	Merah	0,4	Merah	0,40
Skor Kinerja Kepedulian Terhadap Lingkungan		3,00		2,60		2,40		2,40
Total Skor Kinerja Mutu & Manfaat Kpd Masyarakat		35,00		22,50		32,80		31,78
Total Skor Kinerja Aspek Pelayanan (B)		70,00		58,45		62,30		56,87
Total Skor Kinerja (A) + (B)		100,00		80,82		85,40		88,65

Tabel Rekapitulasi Tenaga RSUP Persahabatan keadaan 31 Desember 2015 s.d 31 Desember 2019

NO	JENIS TENAGA	PNS					NON PNS					TOTAL				
		2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019	2015	2016	2017	2018	2019
1	TENAGA MEDIS															
	A. DOKTER UMUM	37	35	35	33	38	21	24	22	25	29	58	59	57	58	67
	B. DOKTER GIGI	6	4	3	4	4	0	0	1	0	0	6	4	4	4	4
	C. DOKTER SPESIALIS	129	126	119	125	123	9	16	26	18	25	138	142	145	143	148
	D. DOKTER GIGI SPESIALIS	7	6	6	6	7	2	2	3	3	2	9	8	9	9	9
	TOTAL	179	171	163	168	172	32	42	52	46	56	211	213	215	214	228
2	TENAGA KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN															
	A. TENAGA KEPERAWATAN	524	505	491	468	476	135	180	236	288	324	659	685	727	756	800
	B. TENAGA KEBIDANAN	32	33	31	29	30	22	22	22	22	20	54	55	53	51	50
	TOTAL	556	538	522	497	506	157	202	258	310	344	713	740	780	807	850
3	TENAGA PENUNJANG															
	A. TENAGA PSIKOLOGI KLINIS	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
	B. TENAGA KEFARMASIAN	41	42	42	42	47	74	73	73	79	91	115	115	115	121	138
	C. TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT	5	6	7	7	7	0	0	0	1	0	5	6	7	8	7

	D. TENAGA KESEHATAN LINGKUNGAN	12	10	9	8	9	0	0	0	1	0	12	10	9	9	9
	E. TENAGA GIZI	17	19	18	20	19	18	17	18	15	13	35	36	36	35	32
	F. TENAGA KETERAPIAN FISIK	12	10	10	13	13	0	1	3	4	4	12	11	13	17	17
	G. TENAGA KETEKNISIAN MEDIS	55	52	48	34	37	35	34	35	41	39	90	86	83	75	76
	H. TENAGA BIOMEDIKA	69	67	62	48	59	24	26	38	38	43	93	93	100	86	102
	TOTAL	212	207	197	173	192	151	151	167	179	190	363	358	364	352	382
4	TENAGA UMUM															
	A. TENAGA ADMINSTRASI	238	251	243	256	233	182	197	199	220	228	420	448	442	476	461
	B. TENAGA TEKNISI	136	115	111	97	86	169	158	158	157	185	305	273	269	254	271
	TOTAL	374	366	354	353	319	351	355	357	377	413	725	721	711	730	732
	JUMLAH	1321	1282	1236	1191	1189	691	750	834	912	1003	2012	2032	2070	2103	2192

**REKAPITULASI JENIS TENAGA
RSUP PERSAHABATAN
KEADAAN 31 DESEMBER 2022**

NO	JENIS TENAGA	PNS	PPPK	NON ASN	TOTAL
1	TENAGA DOKTER				
	Dokter Sub Spesialis	83	1	5	89
	Dokter Umum	34	0	21	55
	Dokter Gigi	4	0	0	4
	Dokter Spesialis	76	0	19	95
	Dokter Gigi Spesialis	8	1	1	10
	SUBTOTAL :	205	2	46	255
2	TENAGA KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN				
	Tenaga Keperawatan	489	3	342	834
	Tenaga Kebidanan	27	3	14	46
	SUBTOTAL :	516	6	356	880

3	TENAGA KESEHATAN LAINNYA				
	Tenaga Penata Anestesi	2	0	0	2
	Tenaga Terapis Gigi dan Mulut	4	0	6	10
	Tenaga Kefarmasian	56	5	51	112
	Tenaga Pembimbing Kesehatan Kerja	7	0	0	7
	Tenaga Kesehatan Lingkungan	10	0	0	10
	Tenaga Gizi	17	0	9	26
	Tenaga Keterampilan Fisik	14	0	4	18
	Tenaga Keteknisian Medis	46	0	23	69
	Tenaga Biomedika	65	2	39	106
	SUBTOTAL :	224	7	132	360
4	NON MEDIS				
	Non Medis	239	0	450	690
	SUBTOTAL :	239	0	450	690
	JUMLAH	1181	17	984	2182

Tabel Benchmarking RSUP Persahabatan 2020-2024

No	Rumah Sakit	Alasan Pemilihan
1	RS Juntendo University Tokyo, Jepang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merupakan RS tersibuk ke-4 di Jepang 2. Memiliki Layanan Unggulan Cardiorespiratory Centre, pelayanan paru dengan spesialisasi kanker paru danILD serta bedah thorax yang maju 3. Sudah ada alumni RS Juntendo University diRSUP Persahabatan
2	RS Toronto, Canada	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merupakan salah satu RS terbaik di Dunia 2. RS dengan bedah jantung terbuka dan kesehatanjantung terbaik 3. Merupakan RS Pusat Transplantasi (Paru – Hati –Pankreas) 4. RS Pendidikan yang unggul dalam penelitian dan inovasi transplantasi
3	RS Universitas Nasional Taiwan (NTUH),Taiwan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Merupakan RS terbesar dan paling modern di AsiaTenggara 2. Merupakan RS dengan pelayanan kanker dan transplantasi organ yang telah diakui internasional
4	RS Royal Brompton and Harefield, London	Merupakan RS dengan Kardiorespirasi terbaik

Tabel Analisa SWOT

No	Kekuatan	Bobot	Rating	Skor
1	Status RSUP Persahabatan sebagai RS Kelas A, RS Pendidikan	0,5	5	2,5
2	RS Pusat Respirasi Nasional	1	9	9
3	RS Pengampu TB Nasional	1	9	9
4	Terakreditasi Nasional Paripurna dan Akreditasi JCI	1	8	8
5	Sebagian besar SDM memiliki kompetensi tinggi dan komitmen yang kuat	0,5	5	2,5
6	Penelitian dan inovasi di RSUP Persahabatan yang semakin bertumbuh	1	6	6
7	Memiliki SIRS mandiri dan pengembangan aplikasi terintegrasi	0,5	7	3,5
8	Sistem Layanan berbasis IT	0,5	7	3,5
9	Sistem remunerasi berbasis e-kinerja	0,5	6	3
10	Memiliki Layanan Sub Spesialistik dengan dukungan sarpras yang lengkap	1	8	8
11	Berada di lokasi yang strategis dengan lahan yang luas	0,5	8	4
12	Pengelolaan keuangan internal yang baik	0,5	8	4
13	Pencatatan pendapatan dan pengeluaran yang komprehensif dalam sistem perbankan	0,5	6	3
14	Laporan Monitoring dan evaluasi rencana strategis, kinerja dan keuangan selalu tepat waktu	0,5	6	3
15	Manajemen pengelolaan komplain yang baik	0,5	6	3
	Nilai Kekuatan	10		72

No	Kelemahan	Bobot	Rating	Skor
1	Implementasi sistem, kebijakan dan prosedur yang sudah ada belum dilaksanakan secara optimal	1	3	3
2	Pengelolaan asset RS yang belum optimal	1	5	5
3	Penggunaan aplikasi sistem IT yang sudah ada belum optimal	1	4	4
4	Komitmen dan budaya kerja yang perlu ditingkatkan	1	3	3
5	Pengelolaan sistem jenjang karir yang belum optimal	1	3	3
6	RS belum mampu membiayai seluruh biaya operasional	1	4	4
7	Masih adanya kegiatan diluar perencanaan	1	4	4
8	Manajemen pengelolaan penelitian belum optimal	1	5	5
9	Implementasi penelitian belum memperbaiki sistem pelayanan	1	3	3
10	Kurangnya review kendali mutu kendali biaya dalam pelayanan	1	3	3
	Nilai Kelemahan	10		37

No	Ancaman	Bobot	Rating	Skor
1	Perubahan regulasi dari pusat yang sangat cepat	2	4	8
2	Penurunan dukungan dana dari pusat	2	4	8
3	Adanya bencana alam, pandemi, KLB	2	5	10
4	Terbukanya sistem informasi publik dan dapat diakses bebas	1	4	4
5	<i>Brain drain</i> tenaga kesehatan	1	4	4
6	Kompetitor dari Institusi pelayanan kesehatan lainnya	1	4	4
7	Ancaman keamanan data RS	1	4	4
	Nilai Ancaman	10		42

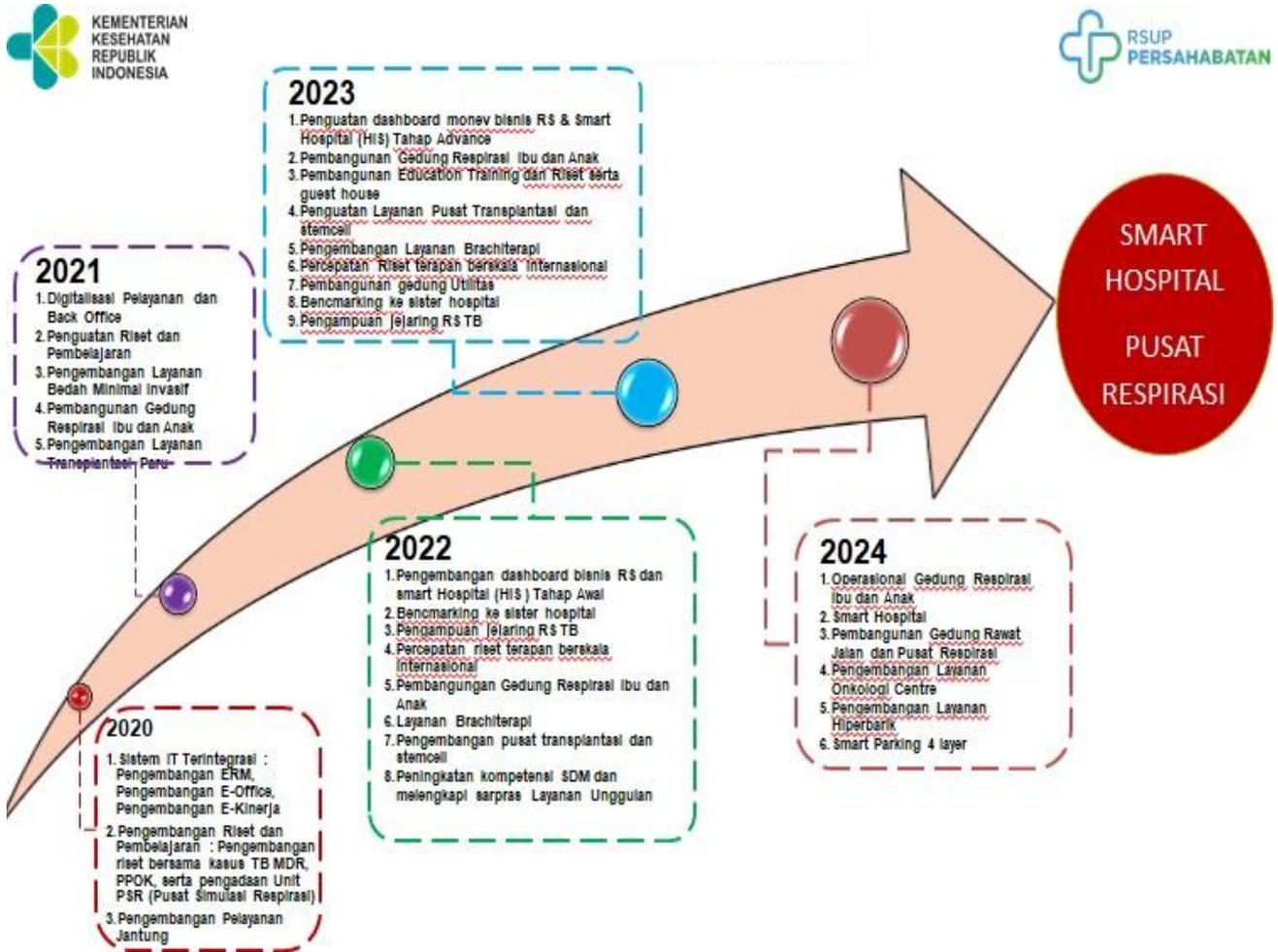
No	Peluang	Bobot	Rating	Skor
1	Peningkatan jumlah pasien yang lebih banyak	1	4	4
2	Peningkatan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan	1	4	4
3	Ragam kasus yang kompleks	0,5	4	2
4	Kebijakan Kementerian Kesehatan terkait transformasi pelayanan kesehatan	1	5	5
5	AHS	0,5	4	2
6	Penelitian <i>evidence based health policy</i>	1	4	4
7	Meningkatkan jumlah, jenis dan jejaring terkait penelitian, pendidikan dan pelatihan termasuk menjadi RS Pendidikan Utama	0,5	5	2,5
8	Peningkatan jumlah kerjasama dengan berbagai institusi atau instansi di dalam dan di luar negeri	0,5	5	2,5
9	Peningkatan kapasitas dan jenis pelayanan kesehatan, pelayanan penunjang umum dan fasilitas serta alat kesehatan	1	5	5
10	Mendapatkan pendapatan lebih banyak dan sumber pembiayaan lebih beragam	1	5	5
11	Meningkatkan penerapan tata kelola (corporate dan clinical governance)	1	5	5
12	Perkembangan teknologi kesehatan, teknologi kedokteran dan teknologi informasi RS terkini	1	5	5
	Nilai Peluang	10		46

Tabel Mitigasi Risiko RSUP Persahabatan Tahun 2020-2024

No	Sasaran Strategis	Risiko	Frekuensi (1 – 5)	Keparahan (1 – 5)	Grading
1	Terwujudnya budaya organisasi yang dinamis dengan SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik	Turnover tinggi untuk SDM yang berdaya saing tinggi	2	3	Yellow
		Ketidakpuasan kerja dan apresiasi SDM	3	1	Blue
		Komunikasi organisasi yang belum optimal	2	2	Blue
		Ketidakpedulian SDM terhadap RS	1	1	Blue
2	Terwujudnya sarana prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	Anggaran tidak mencukupi	2	2	Blue
		Ketidakpedulian SDM terhadap sarana prasarana (pada saat penggunaan)	2	4	Yellow
		Operator alat medis tidak bekerja sesuai SOP	1	4	Blue
		Pemeliharaan sarana prasarana tidak sesuai standar dan tidak dilakukan berkala	1	3	Blue
		Alat Medik dengan OEE tidak optimal	4	2	Yellow
		Pembelian Alat Kesehatan Produksi Dalam Negeri	3	3	Yellow
3	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	Kehilangan data atau pembajakan	2	5	Orange
		Tidak sesuai dengan kebutuhan para pengguna	2	4	Yellow
		Anggaran IT tidak terpenuhi	4	4	Red
		SDM IT tidak terpenuhi dinilai dari kompleksitas pengembangan IT	4	3	Orange
		Perangkat utama terkendala (server, switch)	2	5	Orange
		SDM pengguna IT tidak konsisten menggunakan sesuai juknis	3	4	Orange
		Anggaran pemeliharaan sistem IT tidak terpenuhi	3	4	Orange
		Pengguna tidak memahami keamanan IT	3	4	Orange
		Transaksi data <i>overloading</i>	4	3	Orange
		Jaringan internet terkendala	2	3	Yellow
		Aplikasi luar (seperti bpjs,) terkendala	2	3	Yellow
4	Terwujudnya pelayanan RS berbasis akademik	PPK tidak dilakukan review oleh KSM	5	3	Red
		Reviu PPK dilakukan dalam waktu singkat	4	3	Orange
		Review PPK sesuai dengan perkembangan jaman menyebabkan tata laksana cenderung high cost	3	4	Orange

5	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	kendali mutu dan kendali biaya	4	4	
		pemakaian obat dan alkes diluar fornas	3	3	
6	Terwujudnya pelayanan centre of excellence secara optimal	keluarga pasien yang kurang korperatif	3	3	
		tingkat pendidikan keluarga pasien	3	3	
		komitmen pelayanan yang diberikan oleh DPJP	3	3	
7	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	rujukan kasus respirasi tersier tidak semua dapat diakomodir	1	1	
		kasus respirasi tersier tidak semua dibuat secara MDT	1	1	
8	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	Rendahnya peminat untuk melakukan penelitian	3	2	
		Muncul dampak kepada subjek penelitian (pasien)	2	2	
9	Terwujudnya pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan	Tidak terselenggaranya pelatihan khusus untuk fasyankes yang diampu	3	2	
		Belum tersedianya modul untuk setiap pelatihan yang diselenggarakan	3	2	
		Peralatan medik penunjang pelatihan belum memadai	3	3	
		Ruang kelas dan ruang simulasi pelatihan belum mencukupi	2	3	
		Persaingan dengan RS lain dalam penyelenggaraan pelatihan	3	3	
		Pemasaran pelatihan yang belum maksimal	1	4	
		Jumlah peserta pelatihan tidak memenuhi kuota minimal	1	3	
		Target laba pelatihan yang naik setiap tahun	2	2	
10	Terwujudnya kepuasan stakeholders	Proses administrasi yang panjang dantidak lengkap (pasien kontrol)	3	3	
		Komunikasi petugas terhadap pasien kurang baik	4	3	
		Sarana prasarana tidak optimal	2	3	
		Waktu tunggu poliklinik dan waktu tunggu pengambilan obat lama	4	4	
		Proses edukasi petugas ke pasien tidak maksimal	3	3	
		Perilaku petugas kurang baik	1	3	
11	Terwujudnya mutu pelayanan kesehatan	Inkonsistensi petugas dalam menerapkan mutu layanan	3	4	
		Demotivasi semangat kerja petugas	3	3	
		Tidak adanya supervisi berjenjang	2	3	
12	Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi RS di Indonesia	Komitmen para pihak rs terkait dengan pelayanan respirasi yang diampu	3	3	
		kemampuan sarana dan prasarana serta finansial dari rs yang diampu	3	3	
13	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia	komitmen rs terkait pasien rujukan respirasi asia	3	3	
14	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	Pemborosan sumber daya RS	2	4	

Grafik Roadmap RSUP Persahabatan 2020-2024



Tabel Pelayanan Unggulan RSUP Persahabatan 2020-2024

NO	URAIAN
1	Pelayanan Diagnostik Invasif, Bedah minimal Invasif
2	Pelayanan Kanker Terpadu
3	Rehab Medik Terpadu (Rehabmedik terintegrasi unggulan Pulmonary Rehab)
4	Cardio Respirasi dengan Unggulan Operasi Jantung Terbuka
5	Respirasi Ibu dan Anak
6	Pelayanan Onkologi centre
7	Layanan Transplantasi Paru

Tabel Roadmap 2020-2024

NO	URAIAN				
	2020	2021	2022	2023	2024
1	Sistem IT Terintegrasi	Persiapan Pembangunan gedung respirasi ibu dan anak Tahap-2	Pengembangan dashboard bisnis RS dan smart hospital (HIS) Tahap Awal	Pembangunan gedung respirasi ibu dan anak Tahap-2	Smart Hospital
2	Pengembangan riset dan pembelajaran	Digitalisasi pelayanan dan Back Office	Pembangunan Gedung Respirasi Ibu dan Anak	Penguatan Dashboard Monev Bisnis RS & HIS Tahap Advance	Operasional Gedung Respirasi Ibu dan Anak
3	Persiapan pembangunan Gedung Respirasi Ibu dan Anak	Penguatan riset dan peningkatan kompetensi SDM	Pengembangan Layanan Brachiterapi	Pembangunan Education Training dan Riset dan Guest House	Pembangunan Layanan Onkologi Centre
4	Pengembangan Pelayanan Jantung	Pengembangan Layanan Transplantasi Paru	Pengembangan Pusat Transplantasi paru dan stemcell respirasi	Penguatan Layanan Pusat Transplantasi paru dan stemcell respirasi	Pembangunan Gedung Rawat Jalan Terpadu dan Pusat Transplantasi Paru
5		Pengembangan pelayanan bedah minimalinvasif	Peningkatan Kompetensi SDM dan melengkapi sarpras layanan unggulan	Pengembangan Layanan Hiperbarik	Smart Parking 4 layer
6			Program Pengampunan RS Jejaring TB dan KIA	Penguatan Riset Terapan berskala Internasional	Penguatan Layanan Hiperbarik
7			Sister Hospital	Penguatan Layanan Barchiterapi	
8			Percepatan Riset bersama Internasional		

Tabel Estimasi Pendapatan 2020-2024

No	Target Pendapatan	Baseline				Estimasi Pendapatan
		2020	2021	2022	2023	2024
1	Subsidi Pemerintah	103.460.121.000	145.113.219.000	181.206.845.000	478.831.477.000	234.444.560.000
	Rupiah Murni	103.460.121.000	145.102.419.000	101.707.325.000	103.262.151.000	151.250.000.000
	a. Belanja Operasional	98.460.121.000	104.770.473.000	96.707.325.000	103.262.151.000	109.209.302.991
	b. Belanja Modal	5.000.000.000	40.331.946.000	5.000.000.000	-	42.040.697.009
	Pinjaman Luar Negeri (PLN)	-	10.800.000	79.499.520.000	375.569.326.000	83.194.560.000
	a. Belanja Operasional	-	-	5.207.040.000	-	-
	b. Belanja Modal	-	10.800.000	74.292.480.000	375.569.326.000	83.194.560.000
2	Pendapatan Rumah Sakit	497.080.135.000	523.295.939.000	552.533.343.000	600.000.000.000	605.000.000.000
	a. Pelayanan Operasional RS	491.021.059.000	517.247.663.000	539.723.172.000	590.400.000.000	595.400.000.000
	b. Pendapatan Hasil Kerjasama	4.523.651.000	2.423.651.000	2.671.852.000	2.671.852.000	2.671.852.000
	c. Pendapatan BLU Lainnya	1.535.425.000	3.624.625.000	10.138.319.000	6.928.148.000	6.928.148.000
	Total	600.540.256.000	668.409.158.000	733.740.188.000	1.078.831.477.000	839.444.560.000

Tabel Anggaran Keberlangsungan Operasional 2020-2024

No	Jenis Kegiatan	2020	2021	2022	2023	2024
1	Belanja Pegawai	218.715.259.000	230.254.965.000	243.114.670.000	252.560.040.000	266.200.000.000
2	Belanja Barang RS	6.042.649.000	35.113.495.000	46.168.473.000	35.667.540.000	35.667.540.000
3	Belanja Jasa	13.019.171.000	13.665.360.000	17.575.674.000	17.575.674.000	15.959.249.000
4	Belanja Obat-obatan dan BMHP	133.683.981.000	135.000.000.000	125.481.281.000	125.481.281.000	130.000.000.000
5	Belanja Barang dan Jasa Lainnya	64.049.542.000	45.176.193.000	49.877.087.000	65.839.361.000	91.961.680.000
6	Belanja Pemeliharaan	42.208.333.000	39.314.867.000	43.799.723.000	45.973.575.000	45.973.575.000
7	Belanja Perjalanan	1.458.000.000	1.069.956.000	1.087.956.000	1.087.956.000	1.087.956.000
8	Belanja Modal	17.903.200.000	23.711.903.000	25.428.479.000	55.814.573.000	18.150.000.000
	Total	497.080.135.000	523.306.739.000	552.533.343.000	600.000.000.000	605.000.000.000

Tabel Anggaran Pengembangan Tahun 2020-2024

No	Nama Program Strategis	Baseline 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)		
			2020	2021	2022
A	Pencapaian IKU				
1	Peningkatan kompetensi penulisan karya ilmiah berskala internasional	182.328.980	198.832.040	217.598.680	240.733.320
2	Pelatihan SDM yang terkait dengan pengembangan IT	91.164.490	99.416.020	108.799.340	120.366.660
3	Internalisasi seluruh komponen RS untuk mendokumentasikan seluruh	91.164.490	99.416.020	108.799.340	120.366.660
4	Pengembangan program pengolahan data	91.164.490	99.416.020	108.799.340	120.366.660
5	Penguatan perilaku utama nilai-nilai PIKKO	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300
6	Pengembangan pelayanan berdasarkan hasil penelitian	91.164.490	99.416.020	108.799.340	120.366.660
7	Pengembangan PPK	91.164.490	99.416.020	108.799.340	120.366.660
8	pengembangan konferensi kasus unggulan berbasis digital	91.164.490	99.416.020	108.799.340	120.366.660
9	Program hospital safety	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300
10	Program budaya keselamatan	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300

No	Nama Program Strategis	Baseline 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)		
			2020	2021	2022
A	Pencapaian IKU				
11	Perluasan kerjasama dengan pusat-pusat respirasi luar negeri	273.493.470	298.248.060	326.398.020	361.099.980
12	Pendidikan berkelanjutan untuk SDM2 yang terkait pelayanan respirasi	273.493.470	298.248.060	326.398.020	361.099.980
13	Pengembangkan MDT eksternal	273.493.470	298.248.060	326.398.020	361.099.980
14	Peningkatan kapasitas peneliti internal	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300
15	Program apresiasi peneliti	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300

16	Membangun kerjasama dengan berbagai lembaga yang ternama	182.328.980	198.832.040	217.598.680	240.733.320
17	Pemasaran penelitian multicenter di dalam dan di luar rumah sakit	182.328.980	198.832.040	217.598.680	240.733.320
18	Pengembangan SDM	1.093.973.880	1.192.992.240	1.305.592.080	1.444.399.920
19	Pengembangan Modul Pendidikan dan pelatihan	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300
20	Pengembangan kompetensi staf pendidik	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300
21	Pemenuhan standar akreditasi pelatihan	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300
22	Program pengembangan dan perencanaan karir	729.315.920	795.328.160	870.394.720	962.933.280
23	Penelitian bersama dengan institusi berkelas dunia	638.151.430	695.912.140	761.595.380	842.566.620
24	Seminar / workshop / simposium yang diselenggarakan bersama	455.822.450	497.080.100	543.996.700	601.833.300
25	Penelitian unggul berkelas dunia	638.151.430	695.912.140	761.595.380	842.566.620
26	Maksimalisasi penggunaan sarana prasarana	775.235.050	863.916.050	956.700.350	1.034.954.650
27	Sistem penilaian resiko pre maintenance sarana prasarana	1.550.470.100	1.727.832.100	1.913.400.700	2.069.909.300
28	Evaluasi implementasi IT	155.047.010	172.783.210	191.340.070	206.990.930
29	Peningkatan pemanfaatan IT	620.188.040	691.132.840	765.360.280	827.963.720
30	Konsep pelayanan pasien berbasis teknologi	310.094.020	345.566.420	382.680.140	413.981.860
31	Program keselamatan pasien	775.235.050	863.916.050	956.700.350	1.034.954.650
32	Perbaikan akses rujukan ke RSP	310.094.020	345.566.420	382.680.140	413.981.860
33	Mengembangkan sistem IT untuk data kasus respirasi	775.235.050	863.916.050	956.700.350	1.034.954.650
34	Peningkatan kapasitas penulisan karya ilmiah	775.235.050	863.916.050	956.700.350	1.034.954.650
35	Terbentuknya International Relation office	1.550.470.100	1.727.832.100	1.913.400.700	2.069.909.300

No	Nama Program Strategis	Baseline 2019	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)		
			2020	2021	2022
A	Pencapaian IKU				
36	Pengembangan Kerjasama Pelatihan Internasional	775.235.050	863.916.050	956.700.350	1.034.954.650
37	Pendorong utama Eliminasi TB 2030 di Indonesia	775.235.050	863.916.050	956.700.350	1.034.954.650

38	Akreditasi Rumah Sakit Internasional	3.100.940.200	3.455.664.200	3.826.801.400	4.139.818.600
39	Marketing communication untuk layanan yang unggul	310.094.020	345.566.420	382.680.140	413.981.860
40	Pencapaian kepuasan pelanggan sesuai standar internasional	310.094.020	345.566.420	382.680.140	413.981.860
41	Tata kelola keuangan berbasis teknologi informasi	1.085.329.070	1.209.482.470	1.339.380.490	1.448.936.510
42	Peningkatan Cost Awareness	775.235.050	863.916.050	956.700.350	1.034.954.650
43	Peningkatan pendapatan Rumah Sakit	310.094.020	345.566.420	382.680.140	413.981.860
44	Perhitungan tarif yang mempertimbangkan unit cost	155.047.010	172.783.210	191.340.070	206.990.930
45	Optimalisasi pendapatan dalam program JKN	310.094.020	345.566.420	382.680.140	413.981.860
Total Pencapaian IKU		24.621.150.000	27.219.923.000	30.013.941.000	32.735.759.000

B	Mitigasi Resiko	Baseline 2019	2020	2021	2022
1	Mengembangkan system Identifikasikerja	496.636.430	524.071.580	484.302.740	559.676.420
2	Pengembangan program pemantauan OPPEberbasisIT	496.636.430	524.071.580	484.302.740	559.676.420
3	Pengembangan sarana danprasarana secara optimal	4.966.364.300	5.240.715.800	4.843.027.400	5.596.764.200
4	Pemenuhan sarana danprasarana IT	2.483.182.150	2.620.357.900	2.421.513.700	2.798.382.100
5	Peningkatan penggunaanEMR	2.483.182.150	2.620.357.900	2.421.513.700	2.798.382.100
6	Pengembangan telemedicine	1.932.728.600	10.481.431.600	9.686.054.800	11.193.528.400
7	pengembangan sarpras terkait dengan programunggulan	4.966.364.300	5.240.715.800	4.843.027.400	5.596.764.200
8	Pengembangan MDT internal (jenis penyakit, sarana prasarana,	993.272.860	1.048.143.160	968.605.480	1.119.352.840

12	Program teleconference	2.483.182.150	2.620.357.900	2.421.513.700	2.798.382.100
13	Pengembangan jaringaninternet	496.636.430	524.071.580	484.302.740	559.676.420
14	Pengembangan sarana danprasarana	27.865.457.200	20.962.863.200	19.372.109.600	22.387.056.800
15	Pengembangan respirasi Ibudan Anak (Bantuan IDB)			111.118.494.080	327.239.270.073
16	Pengembangan respirasi Paru (Bantuan Hongaria)			5.354.635.000	625.631.252.000
15	Modal Peralatan & Mesin	7.836.271.200	6.026.380.800	8.326.892.952	8.480.357.356
16	Modal Gedung danBangunan	5.224.180.800	4.017.587.200	5.551.261.968	5.653.571.571
Total Mitigasi Resiko		62.724.095.000	62.451.126.000	178.781.558.000	1.022.972.093.000
Total Pencapaian IKU dan Mitigasi R		87.345.245.000	89.671.049.000	208.795.499.000	1.055.707.852.000

Tabel Rencana Pendanaan

Tahun	Estimasi/ Target Pendapatan				Rencana Kebutuhan Anggaran		
	TOTAL TARGET	BLU	RM	PLN ISDB	Total	Operasional	Program Pengembangan (Modal)
2020	600.540.256.000	497.080.135.000	103.460.121.000		600.540.256.000	577.637.056.000	22.903.200.000
2021	668.419.958.000	523.306.739.000	145.113.219.000		668.419.958.000	595.056.192.000	73.363.766.000
2022	733.740.188.000	552.533.343.000	101.707.325.000	79.499.520.000	733.740.188.000	629.019.229.000	104.720.959.000
2023	1.078.831.477.000	600.000.000.000	103.262.151.000	375.569.326.000	1.078.831.477.000	647.447.578.000	431.383.899.000
2024	793.035.306.000	605.000.000.000	104.840.746.000	83.194.560.000	793.035.306.000	652.909.881.540	140.125.424.460

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
Transformasi SDM Kesehatan									
1	Terwujudnya Budaya Organisasi yang dinamis dengan SDM yang kompeten dan berdaya saing	Persentase Staf yang Berkinerja Ekselen	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Pengembangan program OPPE berbasis IT	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Pengembangan program OPPE berbasis IT	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Penguatan program OPPE berbasis IT	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Penguatan program OPPE berbasis IT	Penilaian Kinerja SDM melalui OPPE Indikator Kegiatan : Monev program OPPE berbasis IT		
			Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam	Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam	Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : 1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB	Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : 1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB	Peningkatan kompetensi melalui pendidikan dan pelatihan Indikator Kegiatan : 1. Rata-rata jam pelatihan karyawan dalam 1 tahun ≥ 20 jam 2. Terlaksananya bantuan dana pendidikan IsDB	722.112.000,- 4.021.000.000,-	722.112.000,- 2.541.900.000,-
			Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional	Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 2. Terlaksananya pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi	Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 2. Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi	Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 2. Survey implementasi nilai ber Akhlak 3. Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi	Pengembangan SDM melalui reward and punishment Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya pemberian bantuan untuk publikasi penelitian di jurnal internasional 2. Tindak lanjut hasil survey implementasi nilai ber Akhlak 3. Terlaksananya pelatihan Good Clinical Practice dan pelatihan Penulisan Karya Ilmiah oleh Narasumber tersertifikasi	222.882.650.000,- 500.000.000,- 70.000.000,-	222.882.650.000,- 500.000.000,- 70.000.000,-

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
			<p>Program pemerataan SDM Kesehatan :</p> <p>Indikator Kegiatan : Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran</p>	<p>Program pemerataan SDM Kesehatan :</p> <p>Indikator Kegiatan : Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran</p>	<p>Program pemerataan SDM Kesehatan :</p> <p>Indikator Kegiatan : Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran</p>	<p>Program pemerataan SDM Kesehatan :</p> <p>Indikator Kegiatan : 1.Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran 2.Terlaksananya penambahan program studi untuk pendidikan kedokteran (FKG)</p>	<p>Program pemerataan SDM Kesehatan :</p> <p>Indikator Kegiatan : 1.Terlaksananya MoU AHS dengan wahana pendidikan kesehatan dan kedokteran 2.Terlaksananya Penambahan program studi untuk pendidikan kedokteran</p>		
2	Terwujudnya Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kedokteran dan Kesehatan	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini	<p>Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online</p>	<p>Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online 2. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini</p>	<p>Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online 2. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini 3. Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan menggunakan Teknologi</p>	<p>Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online 2. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini 3. Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan menggunakan Teknologi</p>	<p>Pengembangan sistem teknologi pendidikan SDM Kesehatan</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Tersedianya aplikasi berbayar yang mendukung pendidikan online 2. Pelatihan SDM dengan menggunakan teknologi terkini 3. Tersedianya sarana prasarana pendidikan dengan menggunakan Teknologi</p>		
3	Terwujudnya pusat penelitian dan inovasi dibidang respirasi	<p>jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi</p> <p>Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun</p>	<p>Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional</p> <p>Indikator Kegiatan : Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan</p>	<p>Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional</p> <p>Indikator Kegiatan : 1.Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan 2. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah</p>	<p>Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional</p> <p>Indikator Kegiatan : 1.Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan 2. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah</p>	<p>Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional</p> <p>Indikator Kegiatan : 1.Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan dan non kesehatan 2. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah 3. Kerjasama multicentre baik nasional maupun internasional terkait penelitian</p>	<p>Karya ilmiah yang dipublikasi dalam jurnal internasional</p> <p>Indikator Kegiatan : 1.Pelatihan penulisan karya ilmiah bagi tenaga kesehatan dan non kesehatan 2. Pemberian bantuan publikasi karya ilmiah 3. Kerjasama multicentre baik nasional maupun internasional terkait penelitian</p>	50.000.000,-	50.000.000,-
								500.000.000,-	500.000.000,-

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
		Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten			Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	Bantuan dana terhadap penelitian / inovasi yg menghasilkan HAKI / Hak Paten	50.000.000,-	50.000.000,-
TRANSFORMASI SISTEM KETAHANAN KESEHATAN									
4	Terwujudnya sarana, prasarana dan alat (SPA) yang berkualitas	Persentasi keluhan sarana prasarana yang ditindak lanjuti	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : 1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam 2. Pengembangan sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (Aplikasi SAM RS)	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : 1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam 2. Terlaksananya sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (Aplikasi SAM RS)	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : 1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam 2. Terlaksananya sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (Aplikasi SAM RS) 3. Terlaksananya pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung 4. Terpenuhihinya suku cadang dan sparepart yang sering digunakan	Pengembangan pemeliharaan sarana prasarana Indikator Kegiatan : 1. Respon time terhadap kerusakan sarana prasarana sampai dapat berfungsi kembali ≤ 1 jam 2. Terlaksananya sistem manajemen komplain sarana prasarana berbasis IT (Aplikasi SAM RS) 3. Terlaksananya pemeliharaan sarana prasarana dengan kontrak payung 4. Terpenuhihinya suku cadang dan sparepart yang sering digunakan 5. Terlaksananya Swakelola tenaga pekerja bangunan (harian)	42.140.111.000,-	42.140.111.000,-
		Persentase Pembelian Alkes dalam negeri		Pembelian alat kesehatan dalam negeri : Indikator Kegiatan : 1. Resosialisasi penggunaan alkes dalam negeri 2. Mengupdate produk dalam negeri kepada user 3. Evaluasi penggunaan alkes dalam negeri	Peningkatan pembelian alat kesehatan dalam negeri Indikator Kegiatan : 1. Pembelian alkes dalam negeri = 70% 4. Terlaksananya penggunaan alkes dalam negeri 5. Evaluasi penggunaan alkes	Peningkatan Pembelian Alat Kesehatan Dalam negeri Indikator Kegiatan : 1. Pembelian alkes dalam negeri ≥70% 2. Terlaksananya penggunaan alkes dalam negeri 4. Evaluasi penggunaan alkes dan perbekalan farmasi dalam	3.000.296.000,- 4.300.000,-	8.000.296.000,- 4.300.000,-	

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
							negeri		
						Penggunaan produk perbekalan farmasi dalam negeri Indikator Kegiatan : 1.Terealisasinya Pembelian perbekalan farmasi dalam negeri 2. Monev perbekalan dan penggunaan farmasi dalam negeri	Peningkatan Penggunaan produk perbekalan farmasi dalam negeri Indikator Kegiatan : 1.Monev perbekalan dan penggunaan farmasi dalam negeri	125.481.281.000,-	151.594.525.000,-
		Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**				Perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas Indikator Kegiatan : 1. Pengusulan RAB alkes sesuai standar 2. Terlaksananya perencanaan pemenuhan alat kesehatan dengan analisa prioritas	Evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja) Indikator Kegiatan : Terlaksananya evaluasi standar pemenuhan alat kesehatan pada aplikasi ASPAK (IPS dan unit kerja)	1.223.019.000,- 3.533.000.000,-	1.223.019.000,- 3.533.000.000,-
TRANSFORMASI SISTEM LAYANAN RUJUKAN KESEHATAN									

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
5	Terwujudnya Pelayanan RS Berbasis Akademik	Jumlah PPK yang dievaluasi	<p>Terlaksananya evaluasi PPK oleh seluruh KSM yang memiliki PPK</p> <p>Indikator kegiatan : 1. Sosialisasi template PPK yang terbaru disesuaikan dengan Tata Naskah Dinas RS 2. Tersusunnya Kebijakan, Panduan, SPO penyusunan dan evaluasi PPK dan CP</p>	<p>Peningkatan evaluasi PPK oleh seluruh KSM yang memiliki PPK</p> <p>Indikator kegiatan : 1. Tersedianya ceklis evaluasi PPK oleh Komite Medik 2. Pelatihan penyusunan implementasi dan monev PPK dan CP untuk Anggota Komite Medik</p>	<p>Terlaksananya audit medik reguler kasus prioritas RS</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya Audit Medik kasus reguler</p>	<p>Terlaksananya audit medik berdasarkan permintaan</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Capaian Kegiatan audit medik berdasarkan permintaan 2. Terlaksananya Audit klinis terintegrasi dengan Komite Keperawatan dan Komite Nakes Lain</p>	<p>Terwujudnya kegiatan Audit 5 standar pelayanan kedokteran dimasing-masing KSM (PPK,CP, SPO, Standing Order, Algoritma)</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Capaian kegiatan audit kepatuhan 1-5 standar pelayanan medis oleh KSM (PPK,CP,SPO,Standing Order, Algoritma) 2. Capaian kegiatan pembahasan kasus sulit, kasus terpadu, dan kasus kematian 3. Terlaksananya kendali mutu dan kendali biaya melalui audit medis</p>	30.000.000,-	30.000.000,-
6	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	Persentase pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif	<p>Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif</p> <p>Indikator kegiatan : 1. Penetapan layanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif 2. Terlaksananya penetapan kriteria pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif</p>	<p>Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif</p> <p>Indikator kegiatan : 1. Tersusunnya Tools, Panduan dan SPO pelayanan unggulan yang ditangani secara kolaboratif 2. Implementasi Kebijakan</p>	<p>Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif</p> <p>Indikator kegiatan : 1. Penetapan Clinical Pathway layanan unggulan 2. Evaluasi clinical pathway layanan unggulan</p>	<p>Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif</p> <p>Indikator kegiatan : 1. Penetapan Clinical Pathway layanan unggulan 2023 2. Evaluasi clinical pathway layanan unggulan 2023</p>	<p>Penguatan Pelayanan yang ditangani secara kolaboratif</p> <p>Indikator kegiatan : 1. Penetapan Clinical Pathway layanan unggulan 2024 2. Evaluasi clinical pathway layanan unggulan 2024</p>		
	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul	Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**				<p>Terlaksananya MDT Kasus Sulit</p> <p>Indikator kegiatan : Capaian MDT Kasus Sulit</p>	<p>Peningkatan kegiatan MDT Kasus Sulit</p> <p>Indikator kegiatan : Penurunan Angka Kematian</p>		

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
....6		Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)**				Audit Medis Pada 9 kasus layanan prioritas Indikator Kegiatan : 1.Penyusunan Panduan / Kebijakan / SPO Audit Medis 2.Sosialisasi Kasus Layanan Prioritas ke seluruh KSM terkait 3.Audit Medis pada kasus layanan prioritas	Peningkatan jumlah Audit medis pada 9 kasus layanan prioritas Indikator Kegiatan : 1.Capaian Audit medis pada 9 layanan prioritas 2.Pelaporan dan rekomendasi hasil audit medis 9 layanan prioritas		
		Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu ≤ 30 menit;**				Peran aktif Tim PONEK terhadap terlaksananya Operasi Cito SC Indikator Kegiatan : 1.Monev kinerja Tim PONEK 2.Tercapainya Waktu tanggal SC Darurat ≤ 30 menit	Peningkatan peran aktif Tim PONEK Indikator Kegiatan : 1.Tindak lanjut hasil Monev kinerja Tim PONEK 2. Terlaksananya waktu tunggu operasi SC darurat ≤ 30 menit		
7	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**				Peran aktif unit kerja terkait dalam mewujudkan layanan unggulan internasional Indikator Kegiatan : Monev terlaksananya layanan unggulan internasional	Peningkatan peran aktif dan dukungan semua aspek dalam mewujudkan layanan internasional Indikator kegiatan : 1.Adanya Dukungan dana untuk layanan internasional 2.Terwujudnya layanan unggulan bertaraf internasional		
...7	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**				Perbaikan waktu tunggu rawat jalan Indikator kegiatan : 1.Membuat sistem pelayanan per sesi jam kunjungan 2.Usulan sistem antrian digital di setiap	Percepatan waktu tunggu rawat jalan Indikator kegiatan : Peningkatan pelayanan paperless di setiap loket poliklinik		

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
						poiklinik			
						Perbaikan waktu tunggu pelayanan obat farmasi Indikator Kegiatan : 1.Meng-aktifkan sistem antrean untuk menghitung waktu tunggu 2.Menambah petugas TTK dan Apoteker 3.Menambah TV display antrean	Percepatan waktu tunggu rawat jalan Indikator kegiatan : 1. Mengembangkan EWS dalam verifikasi, pengkajian kesesuaian terhadap Fornas. 2. Brdiging system BPJS dengan pelayanan resep rawat jalan 3. Kerjasama dengan pihak ke-3 untuk mengantar obat		
		Penundaan Waktu Operasi Elektif**				Pemantauan penundaan waktu operasi elektif Indikator Kegiatan : 1. Adanya laporan pemantauan waktu operasi elektif 2. Tindak lanjut laporan pemantauan operasi elektif	Tidak adanya penundaan operasi elektif karena sarpras dan DPJP Indikator kegiatan : Tidak adanya keluhan pasien dan keluarga terkait penundaan operasi elektif karena sarpras dan keterlambatan DPJP		
		Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**				Terlaksananya ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Indikator kegiatan : Tersusunnya nama dokter dan jam praktek pada setiap poliklinik	Terlaksananya ketepatan waktu pelayanan di poliklinik Indikator Kegiatan : Adanya Sistem reward untuk tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu melebihi target		
		Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**				Kepatuhan visite DPJP rawat inap sesuai standar Indikator kegiatan : Penyusunan tim monev visite DPJP Terlaksananya Monev visite DPJP	Kepatuhan visite DPJP sesuai standar Indikator kegiatan : Terlaksananya Monev visite DPJP Tindak lanjut hasil monev visite DPJP		

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
....7	Terwujudnya pelayanan center of excellence secara optimal	Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar				Peningkatan Fasilitas Parkir : Indikator Kegiatan : 1. Pengaspalan jalan dan pembuatan kanopi untuk pejalan kaki di area parkir belakang 2. Optimalisasi alur parkir dengan system lopping untuk memudahkan pemcarian parkir 3. penambahan fasilitas pembukaan gate otomatis khusus member untuk mempercepat waktu tunggu 4. integrasi data simrs dan parkir untuk pembuatan data member dan pasien	Penguatan Fasilitas Parkir : Indikator Kegiatan : 1. Penambahan rambu-rambu untuk mendukung zonasi parkir 2. Pembangunan gedung khusus parkir dengan skema BOT		
		Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**				Terlaksananya layanan prioritas Indikator Kegiatan : Terukurnya indikator klinis layanan prioritas (KJSU)	Perbaiki layanan prioritas Indikator Kegiatan : Tercapainya indikator klinis layanan prioritas sesuai target		
		Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**				Tersedianya layanan unggulan VVIP Indikator kegiatan : 1.Penetapan jenis layanan unggulan VVIP 2.Adanya dukungan dana untuk layanan unggulan VVIP 3. Tersedianya gedung layanan unggulan VVIP 4.Promosi eksternal layanan unggulan VVIP 5.Peningkatan kerjasama jaminan non BPJS layanan unggulan VVIP	Peningkatan layanan unggulan VVIP Indikator Kegiatan : 1.Terlaksananya monev layanan unggulan VVIP 2.Terdapat peningkatan jumlah pasien layanan unggulan VVIP 3.Kepuasan pasien layanan unggulan VVIP melebihi target		
8	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)			Peningkatan kasus sulit respirasi yang ditangani secara MDT (Multi Disciplinary Team) Indikator Kegiatan :	Peningkatan kasus sulit respirasi yang ditangani secara MDT (Multi Disciplinary Team) Indikator Kegiatan :	Peningkatan kasus sulit respirasi yang ditangani secara MDT (Multi Disciplinary Team)		

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
					1. Pengembangan Early Warning System kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT 2. Pemanfaatan kegiatan MDT melalui program Echo Project	1. Penguatan Early Warning System kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT 2. Pemanfaatan kegiatan MDT melalui program Echo Project	Indikator Kegiatan : 1. Pengembangan sistem Penanganann kasus sulit respirasi melalui program ECHO Project 2. Pengukuran dan pemenuhan sistem kasus sulit yang ditangani melalui MDT		
...8	Terwujudnya pelayanan respirasi kolaboratif yang excellence	Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis				Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis Indikator Kegiatan : Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis	Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis Indikator Kegiatan : Monitoring dan evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis		
9	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	Indeks Kepuasan Masyarakat**				Perbaikan kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUP Persahabatan Indikator Kegiatan : 1. Terlaksananya suvey IKM internal RSP setiap bulan 2. Evaluasi hasil survey IKM internal 3. Pelaporan hasil survey ke Direktur terkait dan unit kerja terkait	Peningkatan kepuasan masyarakat terhadap layanan RSUP Persahabatan Indikator kegiatan : 1. Terlaksananya survey IKM internal setiap bulan 2. Tindak lanjut hasil survey IKM internal		
		Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Pengembangan layanan dengan sistem digitalisasi 2. Pemenuhan sarana prasarana pelayanan 3. Penguatan kapasitas SDM internal	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Penguatan layanan dengan sistem digitalisasi 2. Penguatan sarana prasarana pelayanan 3. Penguatan	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Peningkatan kapasitas service ekselen (sesuai dengan keluhan pasien) 2. Pelatihan SDM Dalam pengelolaan survey kepuasan Masyarakat 3. Pelaksanaan Survey secara Independen	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Tindak lanjut hasil survey kepuasan pasien oleh pihak ke-3, dengan : - Peningkatan kapasitas service ekselen (sesuai dengan keluhan pasien) - Pelatihan SDM	Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan : Indikator Kegiatan : 1. Tindak lanjut hasil survey kepuasan pasien oleh pihak ke-3, dengan : - Pengembangan Survey Dengan Sistem Digital - Pelaksanaan Survey secara Independen	96.200.000	96.200.000

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
				kapasitas SDM internal		<p>Dalam pengelolaan survey kepuasan Masyarakat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanaan Survey secara Independen - Pemenuhan sarana prasarana fasilitas umum (toilet pasien, ruang tunggu, taman dan parkir) - Perbaikan waktu tunggu pelayanan rawat jalan dan operasi elektif - Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik dan visite rawat inap <p>2. Pelaksanaan survey kepuasan pasien oleh pihak ke-3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peningkatan sarana prasarana fasilitas umum (toilet pasien, ruang tunggu, taman dan parkir) - Percepatan waktu tunggu pelayanan rawat jalan dan operasi elektif - Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik dan visite rawat inap <p>2. Pelaksanaan survey kepuasan pasien oleh pihak ke-3</p>		
10	Terwujudnya Mutu Pelayanan Kesehatan	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**				<p>Terlaksananya laporan bulanan INM ke Dit Mutu setiap bulan</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pengukuran dan pengumpulan data INM 2.Evaluasi dan Validasi data INM 3.Pelaksanaan <i>Safety Review</i> standar Akreditasi JCI 	<p>Terselenggaranya Mutu layanan sesuai standar</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <p>Tersedianya laporan capaian INM beserta analisa dan rencana perbaikan setiap triwulan</p>	3.478.945.000	2.269.008.000
		Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**				<p>Terwujudnya Budaya Keselamatan pasien dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Adanya pengumpulan laporan IKP dari unit kerja 2.Regrading dan pembahasan upaya tindak lanjut dengan unit terkait 3.Tindak lanjut hasil survey budaya keselamatan 	<p>Peningkatan budaya keselamatan pasien dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Adanya laporan IKP beserta evaluasi dan rencana tindak lanjutnya 2.Terlaksananya RCA untuk setiap kejadian KTD dan sentinel disertai dengan evaluasinya 		

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
		Tercapainya indikator mutu prioritas nasional sesuai target (7 indikator)				<p>Terlaksananya Mutu Pelayanan Kesehatan dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Indikator kegiatan : 1. Terlaksananya pengukuran indikator INM antara lain - Kepatuhan kebersihan tangan - Kepatuhan penggunaan APD - Kepatuhan Identifikasi Pasien - Pelaporan hasil kritis lab - Kepatuhan penggunaan formularium nasional - Kepatuhan alur klinis (CP) - Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 2. Adanya program kerja untuk 7 indikator diatas 3. Adanya cascading program kerja ke dalam bentuk kegiatan</p>	<p>Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan dalam kegiatan sehari-hari</p> <p>Indikator kegiatan : Tercapainya target INM</p>		
11	Terwujudnya Pengampuan Pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu			<p>Terlaksananya pengampuan RS Jejaring TB</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Pembentukan Tim Pengampuan TB 2. Pembentukan Tools Program Pengampuan TB 3. Tersusunnya Kriteria Stratifikasi Layanan TB 4. Regionalisasi RS Pengampuan 5. Penjajakan PKS dan MoU ke RS Pengampu dan Kepala Daerah 6. Visitasi kepada RS Pengampu 7. Inisiasi pengampuan untuk RS Pilot Project</p>	<p>Terlaksananya pengampuan RS Jejaring TB</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. Pengajuan sarana prasarana dan SDM untuk program pengampuan 2. Terlaksananya Proktorship kepada RS pengampu 3. Peningkatan kualitas untuk pencatatan dan pelaporan RS yang diampu 4. Inisiasi aplikasi KOMEN untuk layanan pengampuan</p>	<p>Terlaksananya pengampuan RS Jejaring TB</p> <p>Indikator Kegiatan : 1. RS pengampu secara mandiri sudah dapat melakukan pengampuan RS dibawahnya</p>	98.644.000	98.644.000

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
		Pengampuan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**				<p>Terlaksananya pengampuan RSUD binaan menjadi strata Utama</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <p>1.Tersusunnya Tim Pengampu RSUP Persahabatan</p> <p>2.Adanya Program Kerja Tim Pengampu</p> <p>3.Koordinasi aktif antar Tim Pengampu</p>	<p>Terlaksananya pengampuan RSUD binaan menjadi strata Utama</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>Adanya peningkatan jumlah RSUD binaan menjadi strata utama</p>		
		Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**				<p>Terlaksananya pengampuan RSV binaan menjadi strata paripurna</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <p>1.Tersusunnya Tim Pengampu RSUP Persahabatan</p> <p>2.Adanya Program Kerja Tim Pengampu</p> <p>3.Koordinasi aktif antar Tim Pengampu</p>	<p>Terlaksananya pengampuan RSV binaan menjadi strata paripurna</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>Adanya peningkatan jumlah RSV binaan menjadi strata paripurna</p>		
12	Terwujudnya Rujukan Respirasi Asia Tenggara	Benchmarking/Sister Hospital			<p>Pelaksanaan program Sister Hospital</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Pengusulan program potensial 1 sd 5 sister potensial sister hospital dengan beberapa degara di Dunia</p> <p>2.Penguatan sister hospital dengan terwujudnya Ikatan Kerjasama Luar Negeri</p>	<p>Pelaksanaan program Sister Hospital</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Pengusulan program potensial 1 sd 5 sister potensial sister hospital dengan beberapa degara di Dunia</p> <p>2.Penguatan sister hospital dengan terwujudnya Ikatan Kerjasama Luar Negeri</p>	<p>Pelaksanaan program Sister Hospital</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>1. Implementasi Program sister hospital dengan negara di dunia (dengan program Pelayanan, pendidikan dan Penelitian)</p> <p>2.Peningkatan pelayanan sesuai sister hospital</p>	274.500.000	356.850.000
		Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara			<p>Peningkatan capaian layanan unggulan respirasi</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>Pengembangan layanan Unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir</p>	<p>Peningkatan capaian layanan unggulan respirasi</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <p>Penguatan layanan unggulan respirasi dengan teknologi mutakhir</p>	419.9966813.000	155.056.244.000	

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
13	Terwujudnya peningkatan pendapatan dan efisiensi biaya	Persen(%) kenaikan POBO	Perencanaan Anggaran Skala Prioritas Indikator Kegiatan : Penyusunan Anggaran pengembangan respirasi	Anggaran berbasis cost benefit Indikator Kegiatan : Belanja barang dan jasa secara efektif dan efisien	Percepatan klaim pasien Indikator Kegiatan : Membangun sistem terintegrasi klaim pasien jaminan	Optimalisasi Anggaran berbasis efisiensi Indikator Kegiatan : Pembayaran Anggaran berskala prioritas	Optimalisasi Anggaran berbasis efisiensi Indikator Kegiatan : Pembayaran Anggaran berskala prioritas	110.977.880.000	104.198.334.000
		Persen(%) kenaikan Revenue	Optimalisasi Pendapatan Indikator Kegiatan : Memaksimalkan penagihan piutang non operasional	Optimalisasi Pendapatan Indikator Kegiatan : Memaksimalkan penagihan piutang non operasional	Optimalisasi Penyerapan Anggaran Indikator Kegiatan : Memaksimalkan sistem IT terintegrasi	Optimalisasi Penyerapan Anggaran Indikator Kegiatan : Memaksimalkan sistem IT terintegrasi	Optimalisasi Penyerapan Anggaran Indikator Kegiatan : Memaksimalkan sistem IT terintegrasi		
		Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti**				LHP BPK ditindaklanjuti dengan tuntas Indikator kegiatan : 1.Pendampingan dan konsultasi dengan Tim BPK 2.Melakukan tindaklanjut LHP BPK secara berkesinambungan 3.Update data dan konsultasi dengan Tim Itjen	Terlaksananya rekomendasi hasil pemeriksaan BPK dengan tuntas ditindaklanjuti Indikator Kegiatan : 1. Pendampingan dan konsultasi dengan Tim BPK 2.Melakukan tindaklanjut LHP BPK secara berkesinambungan 3.Update data dan konsultasi dengan Tim Itjen		
		Persentase realisasi target pendapatan BLU**				Terlaksananya pemantauan realisasi pendapatan secara akurat Indikator kegiatan : 1.Melakukan kompilasi laporan pendapatan BLU sesuai ketentuan 2.Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari pendapatan BLU 3.Melaporkan kepada KPA maksimal tanggal 10 setiap bulan	Terlaksananya pemantauan realisasi pendapatan secara akurat Indikator kegiatan : 1.Melakukan kompilasi laporan pendapatan BLU sesuai ketentuan 2.Tersusunnya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari pendapatan BLU 3.Melaporkan kepada KPA maksimal tanggal 10 setiap bulan		

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
		Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni**				<p>Terlaksananya pemantauan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari rupiah murni secara akurat setiap bulannya</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya 	<p>Terlaksananya pelaporan realisasi anggaran yang bersumber dari RM</p> <p>Indikator kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan kompilasi laporan pengeluaran RM sesuai dengan aplikasi Omspan maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya 		
		Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU**				<p>Terlaksananya pemantauan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari BLU secara akurat setiap bulannya</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya Rekonsiliasi dengan KS Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya 	<p>Terlaksananya pelaporan realisasi anggaran belanja yang bersumber dari BLU secara akurat setiap bulannya</p> <p>Indikator Kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> melakukan kompilasi laporan pengeluaran BLU maksimal 5 hari kerja pada awal bulan di bulan berikutnya Rekonsiliasi dengan KS Akuntansi terkait laporan pengeluaran BLU sesuai dengan pencatatan pembayaran Melaporkan ke KPA dan melakukan penginputan ke aplikasi Smart DJA dan Monev Bappenas maksimal tanggal 10 di bulan berikutnya 		

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya		
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024	
		Persentase nilai EBITDA Margin					Terlaksannya penghitungan atas Surplus/Defisit RS terhadap biaya operasional RS Indikator kegiatan : Perhitungan EBITDA Margin secara berkala	Monitoring atas Surplus / Defisit atas pendapatan terhadap biaya Indikator kegiatan : Perhitungan EBITDA Margin secara berkala		
Transformasi Sistem Teknologi Kesehatan										
14	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	Terbentuknya dashboard pengembangan bisnis rumah sakit	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : Pengembangan sistem aplikasi pelayanan / ERM (<i>elektronik medical record</i>)	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : 1. Penguatan sistem aplikasi pelayanan / ERM 2. Pengembangan sistem keuangan 3. Pengembangan sistem Inventory 4. Pengembangan sistem SDM 5. Implementasi SISRUITE	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : 1. Implementasi aplikasi pelayanan / ERM; sistem keuangan; sistem Inventory; sistem SDM 2. Tersusunnya dashboard pelayanan, keuangan, sistem inventory, sistem SDM 3. Self Assesment Tingkat maturitas BLU 2021 4. Implementasi SISRUITE	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : 1. Pengembangan sistem aplikasi pendidikan dan penelitian 2. Self Assesment Tingkat Maturitas BLU 2022	Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit : Indikator Kegiatan : 1. Pengembangan dashboard pendidikan dan penelitian RSUP persahabatan sesuai dengan kebutuhan 2. Tersedianya dashboard bisnis rumah sakit 3. Self Assesment Tingkat Maturitas BLU 2023	2.626.191.000	2.626.191.000	
		Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**				Terwujudnya layanan berbasis Genomic untuk pasien Tuberculosis Indikator Kegiatan : Pemeriksaan genomic dengan pasien TB	Terwujudnya layanan berbasis Genomic untuk pasien Tuberculosis Indikator Kegiatan : Pemeriksaan genomic dengan pasien TB			
		Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**				Pasien dengan resisten obat anti tuberculosis (OAT) dapat disembuhkan dengan obat yang lain Indikator Kegiatan : Ditemukan atau pola resistensi (OAT) untuk masyarakat indonesia	Pasien dengan resisten obat anti tuberculosis (OAT) dapat disembuhkan dengan obat yang lain Indikator Kegiatan : Ditemukan atau pola resistensi (OAT) untuk masyarakat indonesia			
		Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**				surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut Indikator kegiatan :	surveilans aktif untuk IDO (targeted), VAP, CAUTI, BSI/IADP dan melakukan analisis data serta rekomendasi tindak lanjut Indikator kegiatan :			

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
						Terlaksananya survallians IDO, VAP, CAUTI dan BSI berdasarkan data yang tercatat dalam EMR	Terlaksananya survallians IDO, VAP, CAUTI dan BSI berdasarkan data yang tercatat dalam EMR		
.....14	Terwujudnya sistem IT dan Teknologi Kesehatan yang Andal	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)**				Terlaksananya pengembangan RME Lanjutan (Nicu, Radiotherapi, ICU) Indikator kegiatan : Pengembangan sistem RME lanjutan (nicu, radiotherapi, ICU)	Terlaksananya pengembangan RME Lanjutan (Nicu, Radiotherapi, ICU) Indikator kegiatan : Persentase pengembangan sistem RME Lanjutan tahun 2023		
						Terwujudnya pelaksanaan perangkat Indikator kegiatan : Penambahan perangkat menunjang kegiatan RME tahun 2023	Terwujudnya pelaksanaan perangkat Indikator kegiatan : Persentase kelengkapan perangkat untuk menunjang kegiatan RME lanjutan tahun 2023		
						Terlaksananya implementasi RME Lanjutan Indikator kegiatan : Pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME	Terlaksananya implementasi RME Lanjutan Indikator kegiatan : Tercapainya kegiatan pelatihan dan sosialisasi aplikasi RME		
						Terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi rekam medik elektronik Indikator kegiatan : 1. Rapat koordinasi terkait hasil monev rekam medik elektronik 2. study banding ke RS yang rekam medik nya terbaik di Indonesia 3. Monev perangkat ERM 4. Monitoring pengisian integrasi RME unit penunjang	Terlaksananya monitoring dan evaluasi implementasi rekam medik elektronik Indikator kegiatan : 1. Pengisian rekam medik berjalan optimal 2. Terlaksananya monitoring integrasi RME unit penunjang 3. Terlaksananya evaluasi integrasi RME unit penunjang		

No	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	PROGRAM KERJA STRATEGIS					Estimasi Biaya	
			2020	2021	2022	2023	2024	2023	2024
						5. Evaluasi integrasi RME unit penunjang			

Total 1.078.490.337.000 878.966.746.000

KAMUS INDIKATOR

1. Persentase (%) staf yang berkinerja ekselen

Judul Indikator	Persentase staf yang berkinerja ekselen
Dasar Pemikiran	Rumah sakit harus menjamin bahwa kinerja seluruh staf khususnya para leader menunjukkan gambaran yang ekselent mendukung visi rumah sakit tahun 2024 terutama terkait dengan:
	a. Kualitas kinerja staf medis (OPPE); kualitas kinerja staf keperawatan dan staf klinis lain; kualitas kinerja staf non kesehatan
	b. Tidak adanya komplain terkait pelayanan yang dilakukan oleh staf medis, staf keperawatan, staf klinis lain dan staf non kesehatan
	c. Mendorong seluruh staf medis, staf keperawatan, staf klinis lain untuk melakukan inovasi pelayanan dan ikut dalam penelitian (pasif/aktif) serta publikasi ilmiah ditingkat nasional maupun internasional; mendorong seluruh staf non kesehatan untuk mendapatkan penghargaan baik di tingkat rumah sakit maupun di luar rumah sakit
Dimensi Mutu	Efektif, keselamatan, berorientasi kepada pasien/pengguna layanan
Tujuan	Terwujudnya SDM yang berdaya saing dan terapresiasi dengan baik
Definisi Operasional	Staf yang berkinerja ekselen adalah staf yang mempunyai kompetensi dan capaian kinerja secara nyata melebihi standar yang telah ditetapkan.
	Akumulasi perhitungan staf yang berkinerja ekselen meliputi penilaian:
	1. Kriteria staf Medis:
	a. zero complain (diselesaikan dalam waktu 1 x 24 jam)
	b. Kualitas kinerja = 80% (capaian OPPE)
c. publikasi ilmiah/pemateri; inovasi pelayanan: minimal satu/orang	

	2. Kriteria staf keperawatan dan staf klinis lain:
	a. zero complain (diselesaikan dalam waktu 1 x 24 jam)
	b. Kualitas kinerja = 40 % (IKI)
	c. Ikut dalam penelitian/publikasi ilmiah/pemateri; inovasi pelayanan: minimal satu/pertahun
	3. Staf non kesehatan:
	a. zero complain (diselesaikan dalam waktu 1 x 24 jam)
	b. Kualitas kinerja = 40% (IKI)
	c. Mendapat penghargaan ditingkat RS maupun di luar RS
Jenis Indikator	Output
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah staf yang berkinerja ekselen
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh staf (tidak termasuk staf pelaksana)
Target Pencapaian	2020 = 70% 2021 = 75% 2022 = 80% 2023 = 85% 2024 = 90%
Kriteria:	Kriteria inklusi :
	Seluruh Staf Medis, Staf Keperawatan, Staf Tenaga Kesehatan lain dan Non Kesehatan
	Kriteria eksklusi:
	Staf Pelaksana
Formula	Jumlah staf yang berkinerja ekselen x 100%
	Jumlah seluruh staf
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain:
	1. Catatan komplain KS Hukormas. ,
	2. Catatan Capaian IKI staf
	3. Catatan publikasi penelitian,
	4. Bahan materi jika menjadi pemateri / narasumber,
5. Bukti sertifikat penghargaan	

Besar Sampel	Seluruh staf, kecuali staf pelaksana
Periode Pengumpulan Data	Tahunan
Periode Pelaporan Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan, semesteran, tahunan
Penanggung Jawab	Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian

2. Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti

Judul Indikator	Persentase keluhan sarana prasarana yang ditindaklanjuti
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik • Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. • Peraturan Menteri Kesehatan mengenai hak dan kewajiban pasien
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, efektif
Tujuan	Untuk mewujudkan sarana dan prasarana yang berkualitas, efektif dan efisien
Definisi Operasional	<p>1. Keluhan sarana prasarana = permintaan perbaikan unit kerja atas kerusakan sarana prasarana yang ada di unit kerjanya kepada IPSRS-Kesling selaku penanggung jawab jika ada kerusakan sarana dan prasarana yang ada di unit kerja RSUP Persahabatan, dan direspon 1x24 jam setelah keluhan disampaikan.</p> <p>2. Sarana Prasarana = seluruh peralatan medik/ peralatan non medik/ gedung yang merupakan milik RSUP Persahabatan dan berada di area RSUP Persahabatan</p>
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah keluhan yang ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh keluhan tertulis yang diterima IPSRS
Target Pencapaian	2022 = 92% 2023 = 98% 2024 = 100%
Kriteria:	Kriteria inklusi : Keluhan tertulis melalui eoffice Kriteria eksklusi: -
Formula	Jumlah keluhan yang ditindaklanjuti dalam waktu 1x24 jam dibagi Jumlah seluruh keluhan yang diterima x 100%

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Aplikasi PRIMA
Besar Sampel	Total Keluhan Tertulis
Cara Pengambilan Sampel	Total Keluhan Tertulis
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	IPSRS-Kesling

3. Persentase Pembelian Alat Kesehatan Produksi Dalam Negeri

Judul Indikator	Persentase Pembelian Alat Kesehatan Produksi Dalam Negeri
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang No 3 Tahun 2014 tentang Perindustrian (pasal 86 : Mewajibkan untuk menggunakan produk dalam negeri dalam setiap pengadaan barang jasa). • Instruksi Presiden No. 2 Tahun 2022 tentang Percepatan Peningkatan penggunaan Produk Dalam Negeri dan Produk Usaha Mikro, Usaha Kecil, dan Koperasi dalam rangka menyukseskan Gerakan Nasional Bangga Buatan Indonesia pada pelaksanaan Pengadaan Barang/ Jasa Pemerintah
Dimensi Mutu	Bermutu, aman, efektif dan efisien
Tujuan	Meningkatkan penggunaan alat kesehatan produksi dalam negeri sesuai kebijakan nasional
Definisi Operasional	Persentase realisasi pembelian alat kesehatan produksi dalam negeri yang memiliki izin edar bersumber rupiah murni (RM) dan / atau BLU dalam satu tahun anggaran
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah alat kesehatan dalam negeri yang memiliki izin edar dan dibeli dengan sumber dana RM/BLU dalam satu anggaran
Denominator (penyebut)	jumlah seluruh alat kesehatan yang memiliki izin edar dan dibeli dengan sumber dana RM/BLU dalam satu tahun anggaran
Target Pencapaian	2022 = 70% 2023 = 70% 2024 = 70%
Kriteria:	Kriteria Inklusi : Alat kesehatan elektromedik Kriteria Eksklusi : Alat kesehatan yang termasuk bahan habis pakai

Formula	Jumlah alat kesehatan dalam negeri yang memiliki izin edar dan dibeli dengan sumber dana RM/BLU dalam satu anggaran dibagi jumlah seluruh alat kesehatan
	yang memiliki izin edar dan dibeli dengan sumber dana RM/BLU dalam satu tahun anggaran dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: <ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan realisasi usulan alat kesehatan 2. Kertas Kerja Instalasi Pengadaan Barang dan Jasa
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Tahunan
Penyajian Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pelayanan Penunjang

4. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar**

Judul Indikator	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) RS sesuai standar
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik • Permenkes No.56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya • Permenkes No 31 Tahun 2018 tentang Aplikasi Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan
Dimensi Mutu	Ketersediaan SPA kesehatan sesuai standar; Efektifitas
Tujuan	Menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar
Definisi Operasional	<p>Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya.</p> <p>RSUP Persahabatan sesuai dengan Permenkes No.56/2014 masuk dalam klasifikasi kelas A, dengan pelayanan paling sedikit terdiri dari pelayanan medik, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik, pelayanan rawat inap.</p> <p>Sarana adalah bangunan yang sebagian atau seluruhnya berada di atas tanah / perairan, ataupun di bawah tanah/ perairan dan digunakan untuk penyelenggaraan atau penunjang pelayanan (PMK No.31/2018).</p> <p>Prasarana adalah alat, jaringan, dan sistem yang membuat suatu sarana dapat berfungsi (PMK No.31/2018).</p> <p>Alat kesehatan adalah instrumen, apparatus, mesin dan atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringkankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan atau membentuk stuktur dan memperbaiki fungsi tubuh (PMK No.31/2018).</p>
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	-
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2023 = 95% 2024 = 95%
Kriteria:	Inklusi = seluruh SPA yang masuk ke dalam ASPAK

	Eksklusi = -
Formula	<p>1.Persentase pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P), Alat Kesehatan (A) dibagi standar acuan x 100%</p> <p>2.Persentase Prasarana dan alat kesehatan Jumlah prasarana dan alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi x 100%</p> <p>3.Persentase Pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi) / 2</p>
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	ASPAK
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
Penanggung Jawab	IPSRS

5. Terbentuknya dashboard pengembangan bisnis rumah sakit

Judul Indikator	Terbentuknya dashboard pengembangan bisnis rumah sakit
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik
Dimensi Mutu	Efisiensi dan Adil; Pelayanan terintegrasi
Tujuan	Mewujudkan sistem pelayanan dan informasi rumah sakit terintegrasi
Definisi Operasional	<p>Terwujudnya Dashboard realtime sesuai kebutuhan rumah sakit. Dashboard pengembangan bisnis rumah sakit meliputi data-data Yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dashboard Layanan <ul style="list-style-type: none"> - Dashboard Demografi - Dashboard diagnosa terbanyak. 2. Dashboard Keuangan <ul style="list-style-type: none"> - Dashboard Pengeluaran Anggaran - Dashboard Hutang - Dashboard Pendapatan - Dashboard Piutang 3. Dashboard Inventory <ul style="list-style-type: none"> - Dashboard pemakaian aset - Dashboard masa manfaat aset 4. Dashboard SDM <ul style="list-style-type: none"> - Dashboard Pelatihan - Dashboard Jabatan
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Dashboard yang berhasil dikembangkan realtime
Denominator (penyebut)	target dashboard yang harus dikembangkan realtime
Target Pencapaian	<p>2022 = 70%</p> <p>2023 = 75%</p> <p>2024 = 80%</p>
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>ashboard sesuai dalam DO</p> <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>Dashboard diluar DO</p>
Formula	$\frac{\text{Dashboard yang berhasil dikembangkan realtime}}{\text{target dashboard yang harus dikembangkan realtime}} \times 100\%$

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Aplikasi PRIMA
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
Penanggung Jawab	Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit

6. Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs**

Judul Indikator	Terselenggaranya layanan berbasis Genomic sesuai dengan kekhususan Hubs
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> Keputusan Menteri Kesehatan No HK.01.07/MENKES/1141/2022 tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Biomedical <i>Genome</i>-Based Science Initiative Revisi Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 Perjanjian Kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Ketersediaan layanan genomic kekhususan sesuai Hubs (RSUP Persahabatan = Layanan TB)
Tujuan	Mendukung pemerintah dalam pengembangan pengobatan yang tepat atau presisi
Definisi Operasional	<p>Tersedianya layanan genomik sesuai dengan kekhususan Hubs mulai dari proposal penelitian, ethical clearance, SOP/Protokol Penelitian, SK tim pelaksana, Pelatihan SDM, perekrutan sample sampai pemeriksaan sequencing genome.</p> <p>Kekhususan hubs RSUP Persahabatan adalah TB</p>
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	jumlah
Numerator (pembilang)	-
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	<p>2023 = 1 layanan</p> <p>2024 = 1 layanan</p>
Kriteria:	<p>Inklusi = layanan hubs RSUP Persahabatan yang sudah ditentukan oleh pemerintah</p> <p>Eksklusi = -</p>
Formula	Terselenggaranya layanan pemeriksaan sequencing genomic TB
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan Monev Hubs
Besar Sampel	Total Sampel

Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Semester
Penyajian Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	KSM Mikrobiologi Klinik

7. Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS**

Judul Indikator	Terlaksananya rekrutmen sample untuk pelaksanaan pemeriksaan HWGS
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan No HK.01.07/MENKES/1141/2022 tahun 2022 tentang Penyelenggaraan Biomedical <i>Genome</i>-Based Science Initiative 2. Revisi Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 3. Perjanjian Kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 4. Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Ketersediaan layanan pemeriksaaan <i>Human Whole Genomic Sequencing</i> (HWGS)
Tujuan	Mendukung pemerintah dalam pengembangan pengobatan yang tepat atau presisi
Definisi Operasional	<p>Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan hWGS sesuai dengan kekhususannya.</p> <p>Kekhususan hubs RSUP Persahabatan adalah TB</p> <p>Sampel tidak terbatas berasal dari pasien RSUP Persahabatan, dapat berasal dari permintaan eksternal.</p> <p>Spesimen pemeriksaan tidak terbatas pada dahak.</p>
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	jumlah
Numerator (pembilang)	Jumlah sampel yang dilakukan pemeriksaan HWGS TB di RSUP Persahabatan
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	<p>2023 = 5000 sampel</p> <p>2024 = 5000 sampel</p>
Kriteria:	<p>Inklusi = sampel yang dilakukan pemeriksaan HWGS TB di RSUP Persahabatan.</p> <p>Eksklusi = -</p>
Formula	Jumlah sampel yang direkrut oleh Hubs yang dibutuhkan untuk pemeriksaan HWGS sesuai dengan kekhususannya
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan Monev Hubs
Besar Sampel	Total Sampel

Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Semester
Penyajian Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	KSM Mikrobiologi Klinik

8. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital**

Judul Indikator	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes No.45/2014 tentang Penyelenggaraan surveilans kesehatan 2. Revisi Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 3. Perjanjian Kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 4. Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Ketersediaan sistem informasi surveilans berbasis digital, efektifitas dan keselamatan pasien
Tujuan	Terintegrasinya sistem informasi surveilans
Definisi Operasional	<p>Integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital adalah penggabungan berbagai komponen / subsistem menjadi satu kesatuan sistem yang besar.</p> <p>Sistem informasi surveilans RS yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.</p> <p>Surveilans RS yang dimaksud adalah Surveilans HAIs</p>
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	sistem
Numerator (pembilang)	-
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	<p>2023 = 1 sistem</p> <p>2024 = 1 sistem</p>
Kriteria:	<p>Inklusi = -</p> <p>Eksklusi = -</p>
Formula	Jumlah sistem informasi surveilans yang di integrasikan dengan sistem Ditjen Yankes
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Sistem pelaporan surveilans
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Semester
Penyajian Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	Komite PPI dan SIRS

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

Judul Indikator	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan (pendaftaran, IGD, ranap, rajal, OK, penunjang seperti Lab, radiologi, gizi, rehab medik, farmasi)
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit. 2. Undang-undang tentang Pelayanan Publik 3. Permenkes No.24/2022 tentang Peralihan Rekam Medik Manual menjadi Rekam Medik Elektronik 4. Perjanjian Kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 5. Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Dimensi Mutu	Efektifitas, Efisiensi, Integrasi Pelayanan, Keselamatan Pasien
Tujuan	Mendukung implementasi transformasi teknologi kesehatan yang menjadi bagian dari pilar ke-6 Transformasi Kesehatan
Definisi Operasional	Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam medik elektronik yang selanjutnya disingkat menjadi RME adalah rekam medik yang dibuat dan disimpan dalam bentuk digital. Unit kerja yang wajib mengimplementasikan RME adalah Pendaftaran, gawat darurat, rawat inap, rawat jalan, kamar operasi, layanan penunjang (Laboratorium, Radilogi, Gizi, rehabilitasi medik, farmasi)
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	sistem
Numerator (pembilang)	-
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2023 = 100% 2024 = 100%
Kriteria:	Inklusi = RME pada layanan yang tertera dalam DO Eksklusi = -
Formula	Jumlah unit kerja yang mengimplementasikan RME / jumlah unit kerja yang wajib mengimplementasikan RMA x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	RME
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan	Semester

Data	
Penyajian Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	IMIK dan SIRS

10. Jumlah PPK yang dievaluasi

Judul Indikator	Jumlah PPK yang dievaluasi
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik • Rumah sakit wajib memperbaiki PPK sesuai dengan PNPK terbaru
Dimensi Mutu	keselamatan (safe); berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (peoplecentred); Efisiensi dan Adil;
Tujuan	Mewujudkan pelayanan berbasis akademik
Definisi Operasional	<p>Audit Protokol klinis (PPK/CP) yang sudah ada, atau penyusunan PPK/CP baru, atau revisi PPK/CP lama yang dilakukan oleh KSM dan atau unit kerja terkait untuk evaluasi pelayanan yang sudah dilaksanakan. Dasar pemilihan topik evaluasi meliputi (dapat dipilih salah satu) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. High volume case 2. High Risk 3. High Cost 4. Perkembangan Ilmu pengetahuan / teknologi 5. Bad Performance
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah PPK yang dievaluasi oleh KSM dalam satu tahun
Denominator (penyebut)	Jumlah seluruh KSM yang memiliki PPK x 5

Target Pencapaian	2020 = 5PPK/KSM 2021 = 5PPK/KSM 2022 = 5PPK/KSM 2023 = 5PPK/KSM 2024 = 5PPK/KSM
Kriteria:	Kriteria Inklusi : KSM yang memiliki PPK Kriteria Eksklusi : KSM yang tidak memiliki PPK
Formula	Jumlah PPK yang dievaluasi oleh KSM dalam satu tahun dibagi Jumlah seluruh KSM yang memiliki PPK x 5 (x 100%)
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder : Hasil evaluasi PPK dari KSM
Instrumen Pengambilan Data	Formulir evaluasi PPK
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran
Penanggung Jawab	Komite Medik

11. Jumlah pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif

Judul Indikator	Jumlah pelayanan Unggulan yang ditangani secara kolaboratif
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik. • Pelayanan yang dilakukan melalui keputusan bersama dari berbagai disiplin ilmu menghasilkan keputusan yang terbaik
Dimensi Mutu	Efektif (effective), keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (peoplecentred), tepat waktu (timely), efisien (efficient), adil (Equitable) dan terintegrasi (Integrated)
Tujuan	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul
Definisi Operasional	Pelayanan unggulan adalah pelayanan spesifik dilaksanakan oleh RSUP Persahabatan atau terbaik ke satu atau ke dua di Indonesia. Kolaboratif adalah pelayanan yang dilakukan melalui keputusan bersama dari berbagai disiplin ilmu (> 2 DPJP)
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pelayanan unggulan Kolaboratif yang terlaksana di RSUP Persahabatan
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2020 = 1 2021 = 2 2022 = 3 2023 = 4 2024 = 5
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Unggulan sesuai SK Layanan Unggulan RSUP Persahabatan 2. Pelayanan Unggulan yang mempunyai >2 DPJP <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>-</p>
Formula	Jumlah Layanan Unggulan Kolaboratif yang terlaksana di RSUP Persahabatan
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Aplikasi PRIMA
Instrumen Pengambilan Data	RME
Besar Sampel	Total Sampel

Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pelayanan Medik

12. Persentase Penurunan jumlah kematian di RS**

Judul Indikator	Persentase penurunan jumlah kematian di RS
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik. • Pelayanan yang dilakukan melalui keputusan bersama dari berbagai disiplin ilmu menghasilkan keputusan yang terbaik
Dimensi Mutu	keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (people centred)
Tujuan	Terwujudnya pelayanan kolaboratif yang unggul
Definisi Operasional	Kematian pasien di RS adalah kematian pasien yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit Penurunan kematian pasien RS adalah selisih antara kematian tahun berjalan dibandingkan kematian tahun sebelumnya.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	-
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2023 = $\leq 2.5\%$ 2024 = $\leq 2.5\%$
Kriteria:	Kriteria Inklusi : Kematian pasien ≥ 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit Kriteria Eksklusi : -
Formula	$\frac{(\text{Jumlah kematian} \geq 48 \text{ jam pada tahun sebelumnya} - \text{Jumlah kematian} \geq 48 \text{ jam pada tahun berjalan})}{\text{Jumlah kematian} \geq 48 \text{ jam pada tahun berjalan}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Aplikasi PRIMA
Instrumen Pengambilan Data	RME
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pelayanan Medik

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

Judul Indikator	Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas (setiap 6 bulan)
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik. • Permenkes No.755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik
Dimensi Mutu	keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (people centred)
Tujuan	Evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan
Definisi Operasional	<p>Audit medis adalah upaya evaluasi secara profesional terhadap mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien dengan menggunakan rekam medis yang dilaksanakan oleh profesi medis dalam hal ini Komite Medik.</p> <p>Audit medis 9 layanan prioritas adalah audit medis yang dilaksanakan terhadap masing-masing dari kasus penyakit hati, kanker, diabetes mellitus, penyakit ginjal, stroke, TB, Kesehatan ibu dan anak, penyakit menular, jantung.</p> <p>Audit medis 9 layanan prioritas dilaksanakan setiap 6 bulan sekali.</p>
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	-
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2023 = 2x/tahun 2024 = 2x/tahun
Kriteria:	Kriteria Inklusi : audit medis 9 layanan prioritas Kriteria Eksklusi : -
Formula	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	RME
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Semester
Penyajian Data	Semester
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Komite Medik

14. Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit; **

Judul Indikator	Waktu Tanggap Operasi Sectio Caesar darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik. • Berdasarkan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015, Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia pada tahun 2015 adalah 305 per 100.000 kelahiran hidup, ini masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara. Kejadian kematian ibu ini terbanyak ditemukan di rumah sakit sebesar 78%. Tingginya Angka Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi x 100% Kematian Ibu ini mengindikasikan masih perlunya dilakukan peningkatan tata kelola dan peningkatan mutu pelayanan antenatal care dan persalinan. Untuk itu diperlukan indikator untuk memantau kecepatan proses pelayanan operasi seksio sesarea
Dimensi Mutu	Tepat Waktu, efektif, Keselamatan Pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kegawatdaruratan operasi seksio sesarea yang cepat dan tepat sehingga mampu mengoptimalkan upaya menyelamatkan ibu dan bayi.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I (satu) yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi ≤ 30 menit

Denominator (penyebut)	Jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I
Target Pencapaian	2023 = ≤ 30 menit 2024 = ≤ 30 menit
Kriteria:	Kriteria Inklusi : Seksio sesarea emergensi kategori I Misalnya: fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, ruptur uteri imminent, ruptur uteri, perdarahan ante partum dengan perdarahan aktif Kriteria Eksklusi : -
Formula	Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien operasi seksio sesarea emergensi kategori I sejak diputuskan tindakan sampai mendapatkan tindakan seksio sesarea
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari rekam medik, laporan operasi
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	KS Pelayanan Medik

15. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional**

Judul Indikator	Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik. • Revisi Renstra Kemenkes 2020-2024 • Perjanjian Kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 • Revisi.2 RSB RSUP Persahabatan 2020-2024 • Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan tahun 2023
Dimensi Mutu	Ketersediaan Layanan. berorientasi pada Pasien
Tujuan	Mewujudkan layanan RSUP Persahabatan bertaraf internasional yang dilengkapi dengan standar pelayanan internasional
Definisi Operasional	Layanan Unggulan bertaraf internasional adalah layanan yang dikembangkan RSUP Persahabatan dengan menyelenggarakan kerjasama antara RS dan atau institusi kesehatan Luar Negeri terkait layanan unggulannya. Layanan unggulan RSUP Persahabatan terdapat dalam SK Layanan Unggulan yang sudah ditandatangani oleh Direktur Utama.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	-
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2023 = 1 layanan 2024 = 1 layanan
Kriteria:	Kriteria Inklusi : - Kriteria Eksklusi : -
Formula	Jumlah layanan unggulan yang dimiliki RSUP Persahabatan yang telah menjalin kerjasama dengan RS atau institusi luar negeri
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan Layanan Unggulan oleh KS Pelayanan Medik
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Tahunan
Penyajian Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	KS Pelayanan Medik

16. Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang**

Judul Indikator	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Rumah sakit harus menjamin ketepatan pelayanan kesehatan termasuk di unit rawat jalan, walaupun tidak dalam kondisi gawat maupun darurat namun tetap harus dilayani dalam waktu yang ditetapkan. Hal ini untuk menjamin terpenuhinya kebutuhan tindakan diagnosis dan atau pengobatan/ perawatan pasien. Waktu tunggu yang lama dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien dan keterlambatan diagnosis maupun pengobatan pasien.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien, tepat waktu
Tujuan	Untuk memastikan ketepatan waktu pelayanan pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang sebagai dasar untuk perbaikan proses pelayanan di unit rawat jalan agar lebih tepat waktu dan efisien sehingga meningkatkan kepuasan pasien.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. 2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran 3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan Waktu pelayanan ≤ 120 menit
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang
Target Pencapaian	2023 = 70% 2024 = 80%
Kriteria:	<p>Kriteria inklusi :</p> <p>Pasien yang berobat di rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang</p> <p>Kriteria eksklusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang tidak datang pada waktu yang ditentukan atau saat dipanggil oleh petugas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang mendapatkan tindakan. • Pasien <i>Medical Ceck Up</i> (MCU) • Pasien terlambat datang dari jam yang ditentukan • Pasien datang lebih awal dari waktu yang ditentukan.
Formula	Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Sumber data sekunder antara lain dari: <ol style="list-style-type: none"> 3. Catatan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan 4. Rekam Medik Pasien Rawat Jalan 5. Catatan waktu penyerahan obat
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Perhitungan Waktu Pelayanan Rawat jalan
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random sampling</i> (berdasar poliklinik rawat jalan)
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

17. Penundaan Waktu Operasi Elektif**

Judul Indikator	Penundaan waktu Operasi Elektif
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang tentang Rumah Sakit 2. Undang -undang tentang tenaga kesehatan 3. Rumah sakit harus menjamin ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan termasuk tindakan operasi, sesuai dengan kebutuhan pasien untuk mendapatkan hasil pelayanan seperti yang diinginkan dan menghindari komplikasi akibat keterlambatan operasi.
Dimensi Mutu	Tepat waktu, efisiensi, berorientasi pada pasien
Tujuan	Tergambarnya ketepatan pelayanan bedah dan penjadwalan operasi.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien operasi elektif
Target Pencapaian	2023 = ≤5% 2024 = ≤3%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Pasien operasi elektif Kriteria Eksklusi: Penundaan operasi atas indikasi medis Operasi dengan penyulit Penundaan karena persyaratan administrasi memerlukan persetujuan khusus
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari catatan pasien yang dijadwalkan operasi dan data pelaksanaan operasi.
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Penjadwalan dan Pelaksanaan Operasi Elektif
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)

Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulanan, Tahunan
Penanggung Jawab	Kepala Instalasi Bedah/Bedah Sentral

18. Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik**

Judul Indikator	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang tentang Pelayanan Publik 2. Undang-Undang tentang Rumah Sakit. 3. Undang-undang tentang tenaga kesehatan 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai hak dan kewajiban pasien 5. Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan 6. Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik 7. Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan
Dimensi Mutu	<i>Aman, Tepat waktu, Berorientasi pada pasien/pengguna layanan</i>
Tujuan	Untuk memastikan/menilai kepatuhan tenaga medis terhadap ketepatan waktu pelayanan di poliklinik sesuai waktu telah ditetapkan.
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. • Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis • Perhitungan sesuai kebutuhan (Lebih dari 3 orang dokter)
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan
Denominator (penyebut)	Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik
Target Pencapaian	2023 = 80% 2024 = 85%
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Seluruh tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik</p> <p>Kriteria Eksklusi: Tidak Ada</p>
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan/memulai pelayanan tepat waktu di poliklinik}}{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik}} \times 100$

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan pelayanan poliklinik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir laporan pelayanan poliklinik
Besar Sampel	Total Populasi
Cara Pengambilan Sampel	Total Populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, semester
Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

19. Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap**

Judul Indikator	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien RI
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 3. Undang-Undang mengenai Tenaga Kesehatan 4. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien.
Dimensi Mutu	Berorientasi kepada pasien
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan. 2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.
Definisi Operasional	<p>Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.</p> <p>Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja pada pukul 06.00-14.00 WIB</p>
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien yang di- <i>visite</i> dokter pada pukul 06.00 – 14.00
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien rawat inap
Target Pencapaian	<p>2023 = 80%</p> <p>2024 = 85%</p>
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi:</p> <p><i>Visite</i> dokter pada pasien rawat inap</p> <p>Kriteria Eksklusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien yang baru masuk rawat inap hari itu b. Pasien konsul
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i{visite} \text{ dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien rawat inap}} \times 100 \%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder berupa laporan <i>visite</i> rawat inap dalam rekam medik
Instrumen Pengambilan Data	Formulir Kepatuhan Waktu <i>Visite</i> Dokter
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulanan
Penanggung Jawab	Direktur Pelayanan Medik

20. Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar**

Judul Indikator	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 3. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai hak dan kewajiban pasien
Dimensi Mutu	<i>Berorientasi Pada Pasien/ Pengguna layanan, Tepat waktu</i>
Tujuan	Mengukur komitmen dan kepatuhan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien, salah satunya menyediakan parkir sesuai standar.
Definisi Operasional	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. • Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu. • Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang. • Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. • RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. • Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit • Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 • Pembayaran <i>cashless</i> adalah system pembayaran tanpa uang tunai. • Tersedia tempat khusus untuk <i>pick up</i> dan <i>drop off</i> yang nyaman
Jenis Indikator	Input
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah Satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar
Denominator (penyebut)	Jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar
Target Pencapaian	70%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar Kriteria Eksklusi: Tidak ada
Formula	Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar dibagi

	jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar dikali 100 %
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil observasi
Instrumen Pengambilan Data	Formulir perhitungan jumlah ketersediaan satuan ruang parkir sesuai standar.
Besar Sampel	al populasi
Cara Pengambilan Sampel	Total populasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Penyajian Data	<input type="checkbox"/> Tabel <input type="checkbox"/> <i>Run chart</i>
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan, Triwulan, dan semester
Penanggung Jawab	Direktur Umum

21. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KSU)**

Judul Indikator	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uro-Nefro (KJSU)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 3. Transformasi Kesehatan Kementerian Kesehatan
Dimensi Mutu	Keselamatan; Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Meningkatkan mutu asuhan layanan KJSU
Definisi Operasional	<p>Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kanker : Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari (>80%) 2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit (>80%) 3) Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari (>80%) 4) Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam (>80%) 5) Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram (>80%) 6) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit (<30%) <p>Perhitungan dari masing-masing indikator klinis diatas mengacu pada kamus indikator klinis RSV dalam surat Direktur Tata Kelola Pelayanan Kesehatan.</p> <p>Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal adalah capaian indikator klinis dapat mencapai target.</p>
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator	-
Denominator	-
Target Pencapaian	<p>2023 = 1 indikator klinis tercapai pada setiap layanan</p> <p>2024 = 1 indikator klinis tercapai pada setiap layanan</p>
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: -</p> <p>Kriteria Eksklusi: -</p>
Formula	*Sesuai Kamus Indikator Klinis RSV
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan KS Pelayanan Medik
Besar Sampel	Total Sampel

Cara Pengambilan Sampel	Total Sampel
Periode Pengumpulan Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pelayanan Medik

22. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS**

Judul Indikator	Terselenggaranya pelayanan unggulan VVIP Rumah Sakit
Dasar Pemikiran	<ul style="list-style-type: none"> • Undang-Undang tentang Rumah Sakit. • Undang-undang tentang Pelayanan Publik. • Revisi Renstra Kemenkes 2020-2024 • Perjanjian Kinerja Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023 • Revisi.2 RSB RSUP Persahabatan 2020-2024 • Perjanjian Kinerja RSUP Persahabatan tahun 2023
Dimensi Mutu	Ketersediaan Layanan; berorientasi pada pasien
Tujuan	Menyediakan layanan unggulan VVIP untuk menurunkan WNI yang berobat ke luar negeri.
Definisi Operasional	Layanan Unggulan VVIP adalah layanan unggulan yang dikembangkan RSUP Persahabatan baik layanan di rawat jalan maupun di rawat inap. Layanan Unggulan VVIP RSUP Persahabatan terdapat dalam layanan red karpet RSUP Persahabatan.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	-
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2023 = sesuai RBA / 1 layanan 2024 = sesuai RBA / 1 layanan
Kriteria:	Kriteria Inklusi : - Kriteria Eksklusi : -
Formula	Jumlah layanan unggulan VVIP yang dimiliki RSUP Persahabatan
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan Layanan Unggulan VVIP oleh KS Pelayanan Medik
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Tahunan
Penyajian Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	KS Pelayanan Medik

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

Judul Indikator	Persentase kasus sulit respirasi yang ditangani melalui MDT (Multi Disciplinary Team)
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang mengenai Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 3. Pelayanan kesehatan harus berorientasi kepada kebutuhan pasien. 4. Standar Akreditasi RS Kemenkes RI 2022
Dimensi Mutu	Keselamatan; Berorientasi kepada pasien
Tujuan	Mewujudkan pelayanan respirasi kolaboratif yang ekselen
Definisi Operasional	<p>Kasus sulit adalah kasus gangguan kesehatan yang mengancam jiwa, kondisi medik buruk yang cenderung menetap tanpa masalah non medik, yang perlu penanganan multidisiplin dalam bentuk case conference yang tercatat pada rekam medis oleh DPJP.</p> <p>Kasus sulit harus memenuhi kriteria sulit yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi salah satu kriteria mayor : <ul style="list-style-type: none"> • Skor sistem klasifikasi beratnya penyakit (APACHE II) ≥ 30 untuk pasien dewasa • PELOD score ≥ 20 untuk pasien anak • Diagnosis etiologi belum dapat ditegakkan dalam waktu lebih dari 7 x 24 jam • Tindakan elektif kompleks multi disiplin • Re atau Do operasi yang tidak direncanakan; 2. Memenuhi minimum 2 kriteria minor : <ul style="list-style-type: none"> • Menggunakan life support apparatus (ventilator) yang cenderung menetap • LOS (karena masalah medis) ≥ 10 hari • Period end of life
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah kasus respirasi sulit yang dilakukan case conference dan ditulis dalam rekam medis
Denominator	Jumlah Kasus respirasi sulit yang ditangani dalam satu tahun
Target Pencapaian	2020 = 80% 2021 = 85% 2022 = 90%

	2023 = 95% 2024 = 100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Kasus sulit sesuai kriteria dalam DO Kriteria Eksklusi: Kasus sulit diluar kriteria dalam DO
Formula	Jumlah kasus respirasi sulit yang dilakukan case conference dan ditulis dalam rekam medis dibagi jumlah Kasus respirasi sulit yang ditangani dalam satu tahun x 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Catatan KSM
Besar Sampel	<ul style="list-style-type: none"> • Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) • Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	<i>Stratified Random sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pelayanan Medik

24. Evaluasi Pengobatan Pasien Tuberkulosis dengan Pemeriksaan Mikroskopis

Judul Indikator	Evaluasi pengobatan pasien tuberkulosis dengan pemeriksaan mikroskopik
Dasar Pemikiran	Pemeriksaan mikroskopik dilakukan untuk evaluasi pengobatan pada akhir bulan ke-2, bulan ke-5, dan bulan ke-6. Pada bulan ke-5 apabila BTA masih positif, pengobatan akan dinyatakan gagal.
Dimensi Mutu	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Efektif (effective) ✓ Keselamatan (safe) ✓ Berorientasi kepada pasien/penggunaan layanan (people-centred) ✓ Tepat waktu (timely)
Tujuan	Evaluasi pengobatan dengan mikroskopik diperlukan untuk mengetahui keberhasilan pengobatan.
Definisi Operasional	Evaluasi dengan mikroskopik di akhir bulan ke-2 diperlukan untuk mengetahui konversi BTA. Evaluasi dengan mikroskopik di akhir bulan ke-5 untuk menentukan gagal pengobatan.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Jumlah pasien tuberkulosis yang diperiksa sputum mikroskopik untuk evaluasi pengobatan
Denominator (penyebut)	Jumlah pasien tuberkulosis yang diperiksa sputum mikroskopik
Target Pencapaian	2023 = 80%; 2024 = 85%
Kriteria	Inklusi: pasien tuberkulosis yang diperiksa sputum mikroskopik Eksklusi: pasien tuberkulosis yang diperiksa sputum mikroskopik tidak sesuai waktu evaluasi
Formula	$\frac{\text{Numerator}}{\text{Denominator}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Formulir kepatuhan staf medik terhadap PPK, SITB
Besar Sampel	Mengikuti rumus deskriptif kategorik $N = \frac{Z\alpha^2 PQ}{d^2}$
Cara Pengambilan Sampel	<i>Consecutive sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Triwulan
Penanggung Jawab	Tim TB

25. Jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi

Judul Indikator	Jumlah karya ilmiah yang dipublikasi di jurnal internasional yang terakreditasi
Dasar pemikiran	1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Presiden tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
Dimensi Mutu	efektif (effective), keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient)
Tujuan	Meningkatkan minat civitas hospitalia dalam melakukan penelitian yang berdampak pada perbaikan pelayanan di rumah sakit.
Definisi Operasional	Karya ilmiah yang dipublikasikan adalah semua produk ilmiah (contoh: hasil penelitian, laporan kasus, kajian, dll yang mengikuti kaidah ilmiah) di RSUP Persahabatan yang dipublikasikan dalam jurnal terakreditasi
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	Jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal terakreditasi yang dilakukan setiap tahun
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2020 = 10 2021 = 12 2022 = 15 2023 = 20 2024 = 25
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh karya ilmiah yang dipublikasikan di jurnal internasional yang terakreditasi Kriteria Eksklusi:,-
Formula	Jumlah karya ilmiah yang dipublikasikan dalam jurnal terakreditasi yang dilakukan setiap tahun
Metode Pengumpulan Data	concurrent
Sumber Data	Data Primer : hasil publikasi
Besar Sampel	Total publikasi
Cara Pengambilan Sampel	Total publikasi
Periode Pengumpulan Data	Semester
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pendidikan dan Penelitian

26. Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun

Judul Indikator	Jumlah Penelitian dibidang Respirasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan dalam setiap tahun
Dasar pemikiran	1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 3. Peraturan Presiden tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Dimensi Mutu	efektif (effective), keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient)
Tujuan	Meningkatkan minat civitas hopitalia dalam melakukan penelitian khususnya penelitian respirasi sesuai dengan kekhususan RSUP Persahabatan sehingga berdampak pada perbaikan pelayanan.
Definisi Operasional	Penelitian dibidang respirasi yang dilaksanakan di lingkungan RSUP Persahabatan
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	Jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di lingkungan RSUP Persahabatan
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2023 = 40 2024 = 50
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Penelitian Respirasi Kriteria Eksklusi: Penelitian Non Respirasi
Formula	Jumlah penelitian respirasi yang dilakukan di lingkungan RSUP Persahabatan
Metode Pengumpulan Data	concurrent
Sumber Data	Data Primer : Catatan Jumlah penelitian yang masuk
Besar Sampel	Total penelitian respirasi
Cara Pengambilan Sampel	Total penelitisn respirasi
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pendidikan dan Penelitian

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

Judul Indikator	Jumlah penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten
Dasar pemikiran	1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik. 2. Peraturan Presiden tentang Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
Dimensi Mutu	berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient)
Tujuan	Untuk melindungi hak eksklusif / hak cipta atas kepemilikan penelitian atau inovasi yang sudah dibuat / diciptakan untuk rumah sakit.
Definisi Operasional	<p>Inovasi merupakan ide kreatif, teknologi, cara baru, prosedur, metode yang mempunyai nilai tambah baik dari segi kualitas maupun kuantitas pelayanan rumah sakit yang menghasilkan HAKI/HAK Paten dalam negeri.</p> <p>HAKI adalah hak kekayaan intelektual yang didapatkan dari hasil olah pikir manusia untuk dapat menghasilkan suatu produk, jasa, atau proses yang berguna untuk masyarakat.</p> <p>Hak paten adalah hak eksklusif yang diberikan negara untuk para penemu atas hasil temuannya dibidang teknologi untuk selama waktu tertentu menjalankan sendiri atau memberikan persetujuan pada pihak untuk menjalankan penemuannya.</p> <p>Penelitian atau inovasi yang menghasilkan HAKI/Hak Paten adalah penelitian atau inovasi yang dilakukan di RSUP Persahabatan yang mendapat HAKI/Hak Paten.</p>
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	Jumlah inovasi / penelitian yang menghasilkan HAKI/Hak Paten yang dilakukan setiap tahun
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2022 = 6 2023 = 10 2024 = 12
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi: Penelitian / inovasi berupa buku, karya ilmiah, program komputer, karya tulis, booklet, dll</p> <p>Kriteria Eksklusi: -</p>

Formula	Jumlah inovasi / penelitian yang menghasilkan HAKI/Hak Paten untuk produksi obat, Teknik, sistem dan alat kesehatan yang dilakukan setiap tahun
Metode Pengumpulan Data	Concurrent
Sumber Data	Catatan inovasi / penelitian yang mendapat HAKI / hak paten
Besar Sampel	Total sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total sampel
Periode Pengumpulan Data	Semester
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pendidikan dan Penelitian

28. Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini

Judul Indikator	Jumlah program pendidikan dengan dukungan teknologi terkini
Dasar pemikiran	1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 3. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan Kesehatan
Dimensi Mutu	efektif (effective), keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient), adil (Equitable) dan terintegrasi (Integrated)
Tujuan	Mewujudkan pusat pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan
Definisi Operasional	Program pendidikan dan pelatihan kedokteran dan kesehatan jarak jauh yang didukung dengan teknologi terkini
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator	Jumlah program pendidikan yang didukung teknologi terkini
Denominator	-
Target Pencapaian	2020 = 1 2021 = 1 2022 = 1 2023 = 1 2024 = 1
Kriteria:	Kriteria Inklusi: - Kriteria Eksklusi: -
Formula	Jumlah program pendidikan yang didukung teknologi terkini
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Catatan penggunaan teknologi terkini
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total Sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Instalasi Pendidikan dan Pelatihan dan Simulasi Respirasi

29. Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama**

Judul Indikator	Terlaksananya 9 layanan prioritas minimal strata utama
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 3. Revisi Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024
Dimensi Mutu	keselamatan (safe), berorientasi kepadapasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient), adil (Equitable)
Tujuan	Mewujudkan 9 layanan prioritas minimal strata utama
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan prioritas adalah layanan yang sudah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk dilaksanakan di Rumah Sakit Vertikal dibawah Kementerian Kesehatan. 2. 9 (sembilan) Layanan Prioritas adalah penyakit hati, kanker, diabetes mellitus, penyakit ginjal, stroke, TB, Kesehatan ibu dan anak, penyakit menular, jantung. 3. Dari 9 layanan prioritas pada poin.2 minimal ada 1 layanan yang mencapai strata utama di tahun 2023.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator	-
Denominator	-
Target Pencapaian	2023 = 1 layanan 2024 = 1 layanan
Kriteria:	Kriteria Inklusi: - Kriteria Eksklusi: -
Formula	Jumlah 9 layanan prioritas yang dilaksanakan di RSUP Persahabatan yang mampu mencapai minimal strata utama
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Laporan KS Pelayanan Medik
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total Sampel
Periode Pengumpulan Data	Tahunan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Tahunan
Penanggung Jawab	KS Pelayanan Medik

30. Indeks Kepuasan Masyarakat**

Judul Indikator	Indeks Kepuasan Masyarakat
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik
Dimensi Mutu	<i>Berorientasi kepada pasien/pengguna layanan</i>
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan pasien sebagai dasar upaya peningkatan mutu dan kepuasan pasien di semua unit pelayanan
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. 4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. 5. Unsur pelayanan adalah faktor atau aspek yang terdapat dalam penyelenggaraan pelayanan sebagai variabel penyusunan survei kepuasan untuk mengetahui kinerja unit pelayanan. 6. Unsur survey kepuasan pasien dalam peraturan ini meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a.Persyaratan b.Sistem, mekanisme, prosedur c.Waktu penyelesaian d.Biaya/Tarif e.Produk spesifikasi jenis pelayanan f.Kompetensi Pelaksana g.Perilaku Pelaksana h.Penanganan Pengaduan, Saran dan masukan i.Sarana Prasarana 7. Indeks Kepuasan Masyarakat adalah hasil pengukuran dari kegiatan survey kepuasan berupa angka.
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Indeks

Numerator (pembilang)	Tidak ada
Denominator (penyebut)	Tidak ada
Target Pencapaian	2023 = ≥80% 2024 = ≥80%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh pasien Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
Formula	$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Seluruh Respoden}}{\text{Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden}} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survey internal
Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner
Besar Sampel	Sesuai tabel sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sample	<i>Stratified Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran
Penanggung Jawab	KS Hukormas

31. Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kesehatan**

Judul Indikator	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan
Dasar Pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang mengenai pelayanan publik 2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi mengenai Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik 3. Salah satu komponen utama dari transformasi RS Vertikal adalah peningkatan pengalaman pasien yang dilakukan antara lain dengan upaya mengurangi jumlah keluhan dan mempercepat penanganan keluhan pasien 4. Survei kepuasan pasien dilakukan dengan menggunakan form survei kepuasan pasien yang sudah distandarisasi
Dimensi Mutu	<i>Berorientasi kepada pasien/pengguna layanan</i>
Tujuan	Mengukur tingkat kepuasan pasien sebagai dasar upaya peningkatan mutu dan kepuasan pasien di semua unit pelayanan
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 8. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. 9. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan. 10. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. 11. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. 12. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.
Jenis Indikator	<i>Outcome</i>
Satuan Pengukuran	Ineks
Numerator (pembilang)	Tidak ada
Denominator (penyebut)	Tidak ada
Target Pencapaian	<p>2023 = $\geq 76.61\%$</p> <p>2024 = $\geq 80\%$</p>

Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh pasien Kriteria Eksklusi: Pasien yang tidak kompeten dalam mengisi kuesioner dan/atau tidak ada keluarga yang mendampingi.
Formula	$\frac{\text{Total Nilai Persepsi Seluruh Respoden}}{\text{Total Unsur yang Terisi dari Seluruh Responden}} \times 25$
Metode Pengumpulan Data	Survei
Sumber Data	Hasil survey eksternal
Instrumen Pengambilan Data	Kuesioner
Besar Sampel	Sesuai tabel sampel Krejcie dan Morgan
Cara Pengambilan Sample	<i>Stratified Random Sampling</i>
Periode Pengumpulan Data	Semesteran
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semesteran, Tahunan
Penanggung Jawab	Direktur Umum

32. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator**

Judul Indikator	Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Mutu Nasional dengan hasil mencapai target masing-masing indikator
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 3. Peraturan Menteri Kesehatan No.30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium kesehatan dan Unit Transfusi Darah
Dimensi Mutu	keselamatan (safe), berorientasi kepadapasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient), adil (Equitable)
Tujuan	Menilai, mengevaluasi dan meningkatkan pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator Mutu Nasional (INM) adalah indikator yang disusun oleh Direktorat Mutu Kementerian Kesehatan dan wajib diukur oleh fasyankes baik di Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, Rumah Sakit, Laboratorium kesehatan dan Unit Transfusi Darah 2. Pengukuran INM adalah INM yang dilakukan pengukuran setiap bulan sesuai dengan profil indikator yang dilengkapi dengan target yang harus dicapai 3. Laporan Bulanan Pengukuran INM adalah laporan capaian INM yang disusun setiap bulan oleh Komite Mutu sebagai PIC kepada Direktur Utama dan selanjutnya dilaporkan ke Direktorat Mutu Kementerian Kesehatan setiap bulan melalui aplikasi SIMAR
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator	-
Denominator	-
Target Pencapaian	2023 = 12 laporan 2024 = 12 laporan
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Indikator Mutu Nasional Kriteria Eksklusi: -
Formula	Jumlah laporan INM yang dilaporkan oleh rumah sakit ke Kementerian Kesehatan melalui aplikasi SIMAR
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Aplikasi SIMAR
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total Sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Komite Mutu

33. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0**

Judul Indikator	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dengan target kejadian sentinel 0
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 3. Peraturan Menteri Kesehatan No.11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
Dimensi Mutu	keselamatan (safe), berorientasi kepadapasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient), adil (Equitable)
Tujuan	Menilai, mengevaluasi dan meningkatkan pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil 2. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian yang tidak sengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien 3. Kejadian sentinel adalah suatu kejadian tidak diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cacat permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit 4. Laporan IKP adalah setiap kejadian IKP termasuk sentinel yang dilaporkan oleh Komite Mutu ke dalam aplikasi mutu fasyankes setiap bulan
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator	-
Denominator	-
Target Pencapaian	2023 = 12 laporan 2024 = 12 laporan
Kriteria:	Kriteria Inklusi: IKP Kriteria Eksklusi: -
Formula	Jumlah laporan IKP yang dilaporkan oleh rumah sakit ke Kementerian Kesehatan melalui aplikasi mutu fasyankes
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Aplikasi Mutu Fasyankes
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total Sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan

Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Komite Mutu

34. Kepatuhan kebersihan tangan**

Judul Indikator	Kepatuhan Kebersihan Tangan
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes mengenai Keselamatan Pasien 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 3. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan seluruh pemberi pelayanan dalam melakukan cuci tangan sesuai ketentuan WHO
Dimensi Mutu	keselamatan (safe)
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selamat perawatan 4. Lima indikasi kebersihan tangan sesuai dengan <i>five moment hand hygiene</i> 5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan 6. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar 7. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tools yang telah ditentukan 8. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan 9. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit) 10. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi 11. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan
Jenis Indikator	Proses

Satuan Pengukuran	persentase
Numerator	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan
Denominator	Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi
Target Pencapaian	2023 = $\geq 90\%$ 2024 = $\geq 90\%$
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Seluruh peluang yang dimiliki oleh pemberi pelayanan terindikasi harus melakukan kebersihan tangan Kriteria Eksklusi: -
Formula	Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan dibagi Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil Observasi
Besar Sampel	Minimal 200 Peluang
Cara Pengambilan Sampel	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Komite PPI-RS

35. Kepatuhan penggunaan APD**

Judul Indikator	Kepatuhan Penggunaan APD
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 3. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai penanggulangan penyakit yang dapat menimbulkan wabah atau kedaruratan kesehatan masyarakat. 4. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 5. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD). 6. Rumah Sakit harus memperhatikan kepatuhan pemberi pelayanan dalam menggunakan APD sesuai dengan prosedur.
Dimensi Mutu	keselamatan (safe)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur kepatuhan petugas Rumah Sakit dalam menggunakan APD 2. Menjamin keselamatan petugas dan pengguna layanan dengan cara mengurangi risiko infeksi
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne) 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. 4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium 5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan 6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	persentase
Numerator	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi
Denominator	Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi

Target Pencapaian	2023 = 100% 2024 = 100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua petugas yang terindikasi harus menggunakan APD Kriteria Eksklusi: -
Formula	Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi dibagi Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil Observasi
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Komite PPI-RS

36. Kepatuhan Identifikasi Pasien**

Judul Indikator	Kepatuhan Identifikasi Pasien
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Ketepatan identifikasi menjadi sangat penting untuk menjamin keselamatan pasien selama proses pelayanan dan mencegah insiden keselamatan pasien. 3. Untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien maka diperlukan indikator yang mengukur dan memonitor tingkat kepatuhan pemberi pelayanan dalam melakukan proses identifikasi. Dengan adanya indikator tersebut diharapkan pemberi pelayanan akan menjadikan identifikasi sebagai proses rutin dalam proses pelayanan
Dimensi Mutu	Keselamatan (safe)
Tujuan	Mengukur kepatuhan pemberi pelayanan untuk melakukan identifikasi pasien dalam melakukan tindakan pelayanan
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang

	<p>ditetapkan di Rumah Sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan). 4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain- lain. d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. 5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	persentase
Numerator	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi
Denominator	Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi
Target Pencapaian	2023 = 100% 2024 = 100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua pemberi pelayanan yang memberikan pelayanan kesehatan Kriteria Eksklusi: -
Formula	Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode dibagi Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Observasi
Sumber Data	Hasil Observasi
Besar Sampel	1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Non probability Sampling – Consecutive sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	KS Pelayanan Medik

37. Pelaporan hasil kritis laboratorium**

Judul Indikator	Pelaporan hasil kritis laboratorium
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan mengenai Keselamatan Pasien. 2. Kecepatan dan ketepatan pelaporan hasil laboratorium kritis sangat penting dalam kelanjutan tata laksana pasien. Hasil kritis menunjukkan kondisi pasien yang membutuhkan keputusan klinis yang segera untuk upaya pertolongan pasien dan mencegah komplikasi akibat keterlambatan
Dimensi Mutu	Keselamatan (safe)
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tergambarnya kecepatan pelayanan laboratorium. 2. Tergambarnya sistem yang menunjukkan bagaimana nilai kritis dilaporkan dan didokumentasikan untuk menurunkan risiko keselamatan pasien
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	persentase
Numerator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan ≤ 30 menit
Denominator	Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi
Target Pencapaian	2023 = 100% 2024 = 100%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Semua hasil pemeriksaan laboratorium yang memenuhi kategori nilai kritis Kriteria Eksklusi: -
Formula	$\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Data sekunder dari: Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan Sampel	Probability Sampling – Simple Random Sampling / Systematic Random Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Instalasi Lab Terpadu

38. Kepatuhan penggunaan formularium Nasional**

Judul Indikator	Kepatuhan penggunaan formularium Nasional
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan mengenai Formularium Nasional. 2. Kepatuhan terhadap formularium dapat meningkatkan efisiensi dalam penggunaan obat-obatan. 3. Formularium rumah sakit disusun berdasarkan masukan-masukan pemberi layanan, dan pemilihannya berdasarkan kepada mutu obat, rasio risiko dan manfaat, berbasis bukti, efektivitas dan efisiensi pengadaan obat-obatan di rumah sakit mengacu pada formularium rumah sakit
Dimensi Mutu	Efisien dan efektif
Tujuan	Terwujudnya pelayanan obat kepada pasien yang efektif dan efisien berdasarkan daftar obat yang mengacu pada formularium nasional.
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. 2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan
Jenis Indikator	Proses
Satuan Pengukuran	persentase
Numerator	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional
Denominator	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi
Target Pencapaian	2023 = $\geq 90\%$ 2024 = $\geq 90\%$
Kriteria:	Kriteria Inklusi: Resep yang dilayani di RS Kriteria Eksklusi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Obat yang diresepkan di luar FORNAS tetapi dibutuhkan pasien dan telah mendapatkan persetujuan komite medik dan direktur. 2. Bila dalam resep terdapat obat di luar FORNAS karena stok obat nasional berdasarkan e-katalog habis/kosong.
Formula	Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional dibagi Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi dikali 100%
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Lembar resep di Instalasi Farmasi
Besar Sampel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Total sampel (apabila jumlah populasi ≤ 30) 2. Rumus Slovin (apabila jumlah populasi > 30)
Cara Pengambilan	Probability Sampling – Simple Random Sampling / Systematic Random

Sampel	Sampling
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Instalasi Farmasi

39. Kepatuhan alur klinis (*clinical pathway*)**

(Menggunakan Kamus INM)

40. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh**

(Menggunakan Kamus INM)

41. Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu

Judul Indikator	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik. 2. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan RSUP Persahabatan sebagai RS Pusat Respirasi Nasional 3. Keputusan Menteri Kesehatan tentang RS dan Balai Kesehatan Pelaksana Layanan Tuberkulosis Resisten Obat
Dimensi Mutu	efektif (effective), keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient); Adil
Tujuan	Mewujudkan pengampunan pelayanan respirasi rumah sakit di Indonesia
Definisi Operasional	Jumlah Rumah Sakit jejaring untuk pelayanan TB yang diampu
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2022 = 3 2023 = 6 2024 = 8

Kriteria:	Kriteria Inklusi: RS yang sudah MoU/PKS Kriteria Eksklusi: RS yang belum MoU/PKS
Formula	Jumlah Rumah Sakit Jejaring untuk pelayanan TB yang diampu
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Catatan KS Hukormas
Instrumen Pengambilan Data	MoU/PKS
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total Sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pelayanan Medik

42. Pengampuan RSUD menjadi strata Utama sesuai dengan binaan yang telah ditetapkan**

(menggunakan kamus KPI, sesuai lampiran dalam surat Kepdirjen Yankes)

43. Terselenggaranya RS Vertikal dengan strata Paripurna**

(menggunakan kamus KPI, sesuai lampiran dalam surat Kepdirjen Yankes)

44. Benchmarking / Sister Hospital

Judul Indikator	Benchmarking/Sister Hospital
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik. 2. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan RSUP Persahabatan sebagai RS Pusat Respirasi Nasional 3. Benchmarking perlu dilakukan untuk mengidentifikasi best practice 4. Salah satu dari 6 pilar transformasi Kemenkes, yaitu pilar ke-2 Kemenkes mengenai transformasi layanan rujukan
Dimensi Mutu	Proctorship, monitoring dan evaluasi, serta pengampu
Tujuan	Pengampuan pelayanan Respirasi Rumah Sakit di Indonesia

Definisi Operasional	Study banding proses bisnis dan ukuran kinerja suatu RS dengan RS negara lain / luar negeri yang memiliki keunggulan pelayanan spesifik
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	Jumlah bechmarking / sister hospital yang dilakukan dalam 1 tahun
Denominator (penyebut)	-
Target Pencapaian	2023 = 2 2024 = 3
Kriteria:	Kriteria Inklusi: RS yang MoU/PKS Kriteria Eksklusi: RS yang tidak MoU/PKS
Formula	Jumlah bechmarking / sister hospital yang dilakukan dalam 1 tahun
Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Catatan KS Hukormas
Instrumen Pengambilan Data	MoU/PKS
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	Total Sampel
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pelayanan Medik

45. Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara

Judul Indikator	Capaian layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Tentang Pelayanan Publik. 2. Keputusan Menteri Kesehatan tentang Penetapan RSUP Persahabatan sebagai RS Pusat Respirasi Nasional 3. Visi RSUP Persahabatan
Dimensi Mutu	efektif (effective), keselamatan (safe), berorientasi kepada pasien/pengguna layanan (peoplecentred), efisien (efficient); Adil
Tujuan	Terwujudnya rujukan respirasi Asia Tenggara
Definisi Operasional	<p>Prosentase capaian salah satu jenis layanan unggulan respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara.</p> <p>Dianggap Layanan Respirasi yang terkemuka di Asia Tenggara adalah jenis layanan respirasi termasuk dalam salah satu dari 3 Negara di Asia Tenggara yang sudah mampu melaksanakan layanan tersebut.</p> <p>Jenis Layanan Unggulan Respirasi salah satu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. One Stop TB Service atau 2. Bronkoskopi + TBNA atau 3. Interstitial Lung Disease and Rare Lung Disease atau 4. Onkologi Toraks atau 5. Transplantasi Paru
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Jumlah
Numerator (pembilang)	Capaian layanan respirasi unggulan tahun berjalan
Denominator (penyebut)	Outcome layanan respirasi unggulan yang harus dicapai
Target Pencapaian	<p>2023 = 60%</p> <p>2024 = 90%</p>
Kriteria:	<p>Kriteria Inklusi :</p> <p>kasus Layanan Unggulan Respirasi, antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. One Stop TB Service atau 2. Bronkoskopi + TBNA atau 3. Interstitial Lung Disease and Rare Lung Disease atau 4. Onkologi Toraks atau 5. Transplantasi Paru <p>Kriteria Eksklusi :</p> <p>diluar kasus Layanan Unggulan Respirasi</p>
Formula	Capaian layanan respirasi unggulan tahun berjalan dibagi Outcome layanan respirasi unggulan yang harus dicapai dikali 100%

Metode Pengumpulan Data	Retrospektif
Sumber Data	Catatan Kelompok Staf Medis (KSM)
Instrumen Pengambilan Data	Laporan
Besar Sampel	Total Sampel
Cara Pengambilan Sampel	
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Semester
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Pelayanan Medik

46. Persen(%) kenaikan POBO

Judul Indikator	Persentase Kenaikan POBO
Dasar pemikiran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Direktur Pembinaan PKBLU 2. Terwujudnya efektifitas dan efisiensi penggunaan anggaran PNBPN dan APBN
Dimensi Mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBPN dan APBN yang efektif dan efisien
Definisi Operasional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendapatan PNBPN merupakan seluruh pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, dan tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN (Rupiah Murni). 2. Beban Operasional merupakan seluruh beban yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU, tidak termasuk beban penyusutan.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Pendapatan PNBPN
Denominator (penyebut)	Beban Operasional

Target Pencapaian	2023 = 78% 2024 = 80%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: - Kriteria Eksklusi: -
Formula	Pendapatan PNBP/Beban Operasional x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent
Sumber Data	Catatan Laporan Keuangan
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Keuangan
Besar Sampel	-
Cara Pengambilan Sampel	-
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Akuntansi dan BMN

47. Persen(%) kenaikan Revenue

Judul Indikator	Persentase Kenaikan Revenue
Dasar pemikiran	Terwujudnya Peningkatan revenue dan kendali biaya
Dimensi Mutu	Efektivitas dan efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pemanfaatan anggaran PNBPN dan APBN yang efektif dan efisien
Definisi Operasional	Revenue adalah semua pendapatan RSUP Persahabatan yang diukur berdasarkan jumlah yang masuk pada rekening bendahara penerima RS.
Jenis Indikator	Outcome
Satuan Pengukuran	Persentase
Numerator (pembilang)	Penerimaan operasional, penerimaan lain-lain, dan penerimaan dari hibah yang tidak mengikat setiap bulan
Denominator (penyebut)	Target pendapatan tahun berjalan
Target Pencapaian	2020 = 4.63% 2021 = 4.69% 2022 = 4.75% 2023 = 4.88% 2024 = 4.94%
Kriteria:	Kriteria Inklusi: - Kriteria Eksklusi: -
Formula	Penerimaan operasional, penerimaan lain-lain, dan penerimaan dari hibah yang tidak mengikat setiap bulan dibandingkan dengan target pendapatan tahun berjalan x 100%
Metode Pengumpulan Data	Concurrent
Sumber Data	Catatan Revenue
Instrumen Pengambilan Data	Laporan Revenue
Besar Sampel	
Cara Pengambilan Sampel	-
Periode Pengumpulan Data	Bulanan
Periode Analisis dan Pelaporan Data	Bulanan
Penanggung Jawab	Kelompok Substansi Anggaran

48. **Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti****
(Menggunakan Kamus KPI, terdapat dalam lampiran surat Kepdirjen Yankes)
49. **Persentase realisasi target pendapatan BLU****
(Menggunakan Kamus KPI, terdapat dalam lampiran surat Kepdirjen Yankes)
50. **Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah murni****
(Menggunakan Kamus KPI, terdapat dalam lampiran surat Kepdirjen Yankes)
51. **Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU****
(Menggunakan Kamus KPI, terdapat dalam lampiran surat Kepdirjen Yankes)
52. **Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP****
(Menggunakan Kamus KPI, terdapat dalam lampiran surat Kepdirjen Yankes)
53. **Persentase nilai EBITDA Margin**
(Menggunakan Kamus KPI, terdapat dalam lampiran surat Kepdirjen Yankes)