



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI



Jl. RS. Fatmawati, Cilandak – Jakarta Selatan 12430 Telp. 021-7501524, 7660552 (Hunting)
Fax. 021-7690123, E-mail: rsupf@fatmawatihospital.com Website: www.fatmawatihospital.com

Nomor : PR.01.05/D.XXI/1159/2024

31 Januari 2024

Lampiran : Satu berkas

Hal : Penyampaian Laporan Kinerja (LKj) RS Fatmawati tahun 2023

Yth. Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
Jalan HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4 - 9, Kuningan Timur
Jakarta Selatan (12950)

Menindaklanjuti surat dari Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran Kementerian Kesehatan nomor: PS.03.01/A.II/4732/2023 tanggal 30 November 2023 perihal pelaksanaan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) Kementerian Kesehatan tahun 2023. Bersama ini kami sampaikan Laporan Kinerja (LKj) RSUP Fatmawati tahun 2023 dalam bentuk *softcopy* dan laporan tersebut telah kami sampaikan melalui aplikasi *E-Performance*.

Demikian, atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

Plt. Direktur Utama RSUP Fatmawati,



dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH
NIP. 196207231990011001

Tembusan:

1. Direktur Medik dan Keperawatan RS Fatmawati;
2. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian RS Fatmawati;
3. Direktur Perencanaan dan Keuangan RS Fatmawati;
4. Direktur Layanan Operasional RS Fatmawati.

LAPORAN KINERJA (LKJ) TAHUN 2023



RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Jl. RS. Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan 12430

Telp. 021-7501524, 76660552, Fax. 7690123

Email : rsupf@fatmawatihospital.com

Website : www.fatmawatihospital.com

KATA PENGANTAR

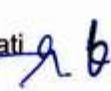


Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RS Fatmawati dapat diselesaikan dengan baik. Hal ini tidak lain adalah berkat rahmat Allah SWT serta kerjasama dan koordinasi yang penuh semangat diseluruh jajaran manajemen maupun fungsional.

Dengan ditetapkannya RS Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), maka RS Fatmawati sebagai instansi pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Kinerja sebagai pertanggungjawaban terhadap keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

Penyusunan Laporan Kinerja RS Fatmawati dilaksanakan setiap tahun merupakan mata rantai yang tidak dapat dipisahkan atas perwujudan Rencana Strategis Bisnis (RSB) serta Rencana Bisnis dan Anggaran (RBA) RS Fatmawati. Selain sebagai tolak ukur pencapaian kinerja selanjutnya yang senantiasa dikawal dengan kegiatan, monitoring dan evaluasi yang dilaksanakan secara berkala dan konsisten.

Kami berharap dengan tersusunnya Laporan Kinerja RS Fatmawati Tahun 2023 ini sebagai perwujudan tanggung jawab kinerja yang akuntabel, mutu pelayanan RS Fatmawati semakin baik dan dapat mewujudkan visinya yakni : ***"Mewujudkan masyarakat Sehat yang Produktif, Mandiri, dan Berkeadilan"*** melalui misi, tujuan, dan sasaran strategis yang tercantum dalam Revisi 2 RSB Tahun 2020 - 2024.

Jakarta, 15 Januari 2024
Pit. Direktur Utama RS Fatmawati 



dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH
NIP. 196207231990011001

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i.
DAFTAR ISI.....	ii.
DAFTAR DIAGRAM.....	iii.
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR TABEL	x
RINGKASAN EKSEKUTIF	xix
BAB I	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. MAKSUD DAN TUJUAN.....	4
C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI.....	4
D. PERAN STRATEGI RS FATMAWATI.....	5
E. SISTEMATIKA PENULISAN.....	9
BAB II	10
A. RENCANA STRATEGIS BISNIS	10
B. RENCANA KINERJA TAHUN 2023	21
C. PERJANJIAN KINERJA RS FATMAWATI TAHUN 2023	24
BAB III	27
A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI.....	27
B. SUMBER DAYA	168
C. EFISIENSI SUMBER DAYA	175
BAB IV	177

DAFTAR DIAGRAM

Diagram 1. Benchmarking Capaian Kinerja Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	38
Diagram 2. Benchmarking Capaian Kinerja Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	41
Diagram 3. Benchmarking Capaian Kinerja Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	44
Diagram 4. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan	116
Diagram 5. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	120
Diagram 6. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan	125
Diagram 7. Perbandingan Capaian Kinerja Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan	129
Diagram 8. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	133
Diagram 9. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	138
Diagram 10. Perbandingan Realisasi Kinerja Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan	150
Diagram 11. Perbandingan Capaian Kinerja Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan	153

Diagram 12. Perbandingan Capaian Kinerja Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai standar Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	157
Diagram 13. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	162
Diagram 14. Perbandingan Capaian Kinerja Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah ditindaklanjuti Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	166
Diagram 15. SDM RS Fatmawati berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2023	169
Diagram 16. SDM RS Fatmawati berdasarkan Jenis Pendidikan Tahun 2023	170
Diagram 17. SDM RS Fatmawati berdasarkan Golongan Tahun 2023	171
Diagram 18. Pagu dan Realisasi Tahun 2023.....	172

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Struktur Organisasi RS Fatmawati	8
--	---

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Tata Nilai RS Fatmawati.....	6
Tabel 2. Revisi Kedua IKU RSB RS Fatmawati Tahun 2020 - 2024.....	18
Tabel 3. Target IKU RSB RS Fatmawati Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	21
Tabel 4. Alokasi Anggaran berdasarkan Program Tahun 2023.....	22
Tabel 5. Alokasi Anggaran berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2023.....	22
Tabel 6. Program Kerja Strategis Tahun 2023.....	23
Tabel 7. Perjanjian Kinerja RS Fatmawati Tahun 2023.....	26
Tabel 8. Capaian IKU RSB RS Fatmawati Tahun 2023.....	31
Tabel 9. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator <i>Return on Asset (ROA)</i> Tahun 2023.....	32
Tabel 10. Capaian Rasio <i>Return on Asset (ROA)</i> Tahun 2023.....	32
Tabel 11. Capaian <i>Return on Asset (ROA)</i> Tahun 2023.....	33
Tabel 12. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator <i>Return on Asset (ROA)</i>	34
Tabel 13. Perbandingan Realisasi Kinerja dan Capaian Kinerja <i>Return on Asset</i> (<i>ROA</i>) Tahun 2022 dan Tahun 2023.....	34
Tabel 14. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023.....	36
Tabel 15. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU.....	37
Tabel 16. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023.....	39
Tabel 17. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni.....	40
Tabel 18. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023.....	42
Tabel 19. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU.....	43
Tabel 20. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin Tahun 2023.....	45
Tabel 21. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin.....	46

Tabel 22. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat Tahun 2023	48
Tabel 23. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat Tahun 2022 dan Tahun 2023	48
Tabel 24. Perbandingan Target Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat Tahun 2022, 2023, dan 2024	49
Tabel 25. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2023	50
Tabel 26. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2022 dan Tahun 2023	51
Tabel 27. Perbandingan Target Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2022, 2023, dan 2024	51
Tabel 28. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang Tahun 2023	53
Tabel 29. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	54
Tabel 30. Perbandingan Realisasi Kinerja Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang Tahun 2023 di Level Nasional.....	55
Tabel 31. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif Tahun 2023	57
Tabel 32. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif	57
Tabel 33. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kecepatan Waktu Tanggap Komplain Tahun 2023	60
Tabel 34. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kecepatan Waktu Tanggapan Komplain.....	60
Tabel 35. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas Tahun 2023.....	63
Tabel 36. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	63
Tabel 37. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama Tahun 2023.....	66
Tabel 38. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator	

RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama	66
Tabel 39. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas Tahun 2023	69
Tabel 40. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas	69
Tabel 41. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional Tahun 2023	71
Tabel 42. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional.....	72
Tabel 43. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS Tahun 2023	74
Tabel 44. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS	74
Tabel 45. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU) Tahun 2023	77
Tabel 46. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU).....	78
Tabel 47. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP Tahun 2023.....	81
Tabel 48. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	82
Tabel 49. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i> Tahun 2023.....	85
Tabel 50. Perbandingan Realisasi Indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i> Tahun 2022 dan Tahun 2023.....	86
Tabel 51. Perbandingan Target Indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i> pada Tahun 2022,	

2023, dan Tahun 2024	87
Tabel 52. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2023	88
Tabel 53. Perbandingan Realisasi Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 dan Tahun 2023	89
Tabel 54. Perbandingan Target Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal pada Tahun 2022, 2023, dan 2024	90
Tabel 55. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap Tahun 2023	91
Tabel 56. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap	92
Tabel 57. Perbandingan Realisasi Kinerja Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap Tahun 2023 di Level Nasional.....	93
Tabel 58. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal Tahun 2023	95
Tabel 59. Perbandingan Target Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	95
Tabel 60. Perbandingan target dan Realisasi Indikator Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> dalam waktu ≤ 30 menit Tahun 2023.....	98
Tabel 61. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam waktu ≤ 30 menit	98
Tabel 62. Perbandingan Realisasi Kinerja Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam waktu ≤ 30 menit Tahun 2023 di Level Nasional..	99
Tabel 63. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan Tahun 2023	101
Tabel 64. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan	102
Tabel 65. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Laporan Bulanan	

	Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023.....	104
Tabel 66.	Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	105
Tabel 67.	Perbandingan Capaian Kinerja Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	106
Tabel 68.	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol Tahun 2023	108
Tabel 69.	Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	108
Tabel 70.	Perbandingan Realisasi Kinerja Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan	109
Tabel 71.	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023.....	113
Tabel 72.	Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan	113
Tabel 73.	Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023 RS Fatmawati di Level Nasional/Internasional.....	114
Tabel 74.	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Tahun 2023	118
Tabel 75.	Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	118
Tabel 76.	Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan	120
Tabel 77.	Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023	122
Tabel 78.	Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien.....	123

Tabel 79. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023 di Level Nasional/Internasional.....	124
Tabel 80. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023.....	126
Tabel 81. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.....	127
Tabel 82. Perbandingan Realisasi Kinerja Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023 RS Fatmawati di Level Nasional/Internasional.....	128
Tabel 83. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) Tahun 2023	131
Tabel 84. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS).....	131
Tabel 85. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	132
Tabel 86. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023	135
Tabel 87. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	136
Tabel 88. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan....	137
Tabel 89. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya Tahun 2023	140
Tabel 90. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya pada Tahun 2022 dan Tahun 2023.....	140
Tabel 91. Perbandingan Target Indikator Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya Tahun 2022, 2023, dan 2024.....	141
Tabel 92. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan Tahun 2023.....	142
Tabel 93. Perbandingan Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan Tahun 2022 dan 2023	143
Tabel 94. Perbandingan Target Indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan Tahun 2022, 2023, dan 2024	143
Tabel 95. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Terselenggaranya Integrasi	

Sistem Informasi <i>Surveillans</i> berbasis Digital Tahun 2023	144
Tabel 96. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi <i>Surveillans</i> berbasis Digital	145
Tabel 97. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi Tahun 2023.....	148
Tabel 98. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi	148
Tabel 99. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar Tahun 2023.....	151
Tabel 100. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar	152
Tabel 101. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar Tahun 2023	155
Tabel 102. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar.....	156
Tabel 103. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>) Tahun 2023	159
Tabel 104. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	159
Tabel 105. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan.....	160
Tabel 106. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023.....	164
Tabel 107. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah	

tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	164
Tabel 108. Data SDM RS Fatmawati per 31 Desember 2023	168
Tabel 109. Sumber Daya Anggaran RS Fatmawati per 31 Desember 2023.....	172
Tabel 110. Sarana dan Prasarana yang ada di RS Fatmawati sesuai Laporan Posisi BMN per 31 Desember 2023	174



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Jl. RS. Fatmawati, Cilandak - Jakarta Selatan Telp. 021-7501524, 7660552 (Hunting)
Fax. 021-7690123, E-mail: rsupf@fatmawatihospital.com Website: www.fatmawatihospital.com



PERNYATAAN TELAH DIREVIU
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI
TAHUN 2023

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Rumah Sakit Umum Fatmawati Tahun 2023 sesuai dengan Pedoman Reviu atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.

Reviu bertujuan untuk memberikan keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, andal dan valid.

Berdasarkan reviu kami, tidak terdapat kondisi atau hal-hal yang menimbulkan perbedaan dalam menyakini keandalan informasi yang disajikan didalam laporan kinerja ini.

Jakarta, 19 Januari 2024

Kepala Satuan Pemeriksaan Intern,



Ns. Sardi, Skep, Mkep, QRMA
NIP.197008021994031002



RINGKASAN EKSEKUTIF

Dengan ditetapkannya RS Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI, maka RS Fatmawati sebagai Instansi Pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Kinerja (LKj). LKj RS Fatmawati disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas - tugas, dan berisi hasil pengukuran kinerja dari sasaran strategis yang telah ditetapkan pada Tahun 2023. Hasil pengukuran kinerja yang telah ditetapkan selama Tahun 2023 secara keseluruhan mencapai target yang telah ditetapkan.

Tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 - 2024. Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis Kementerian Kesehatan dan perubahan pelayanan selama masa pandemi COVID-19 sehingga RS Fatmawati melakukan revisi terhadap sasaran strategis, indikator kinerja utama, dan program kerja strategis yang dituangkan dalam Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020 - 2024 yang mempunyai visi : **“Mewujudkan masyarakat Sehat yang Produktif, Mandiri, dan Berkeadilan”** dengan misi : 1) Menjadi RS unggul di bidang layanan Orthopaedi di kawasan Asia Tenggara; 2) Memajukan *Research* dan *Development*; 3) Menjadi RS pengampu untuk Program Prioritas/Unggulan.

Sasaran yang ingin dicapai berdasarkan Revisi 2 RSB Tahun 2020 - 2024 adalah : 1) Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri; 2) Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan; 3) Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan lainnya; 4) Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian; 5) Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; 6) Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS; 7) Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang terintegrasi; 8) Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS; 9) Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik.

Laporan Kinerja RS Fatmawati Tahun 2023 merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang direncanakan di Tahun 2023 yang disusun sebagai upaya mewujudkan visi dan misi berdasarkan sasaran strategis dan indikator yang ditetapkan dalam Revisi 2 RSB Tahun 2020 - 2024. Sebagai bahan evaluasi Laporan Kinerja tidak hanya menyajikan informasi yang berisi tentang keberhasilan dan ketidakberhasilan yang telah dicapai pada Tahun 2023 tetapi juga memuat tindak lanjut

dan rekomendasi perbaikan sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Hasil capaian kinerja Tahun 2023 secara keseluruhan telah mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 103,12%. Tetapi, dari 39 (tiga puluh sembilan) indikator yang diperjanjikan masih terdapat 10 (sepuluh) indikator yang belum optimal capaiannya (25,64%). Indikator-indikator tersebut adalah sebagai berikut : *Return on Asset (ROA)*, Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU, Persentase Nilai EBITDA Margin, Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang, Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal, Kepatuhan Kebersihan Tangan, Kepatuhan Identifikasi Pasien, Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium, Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh, dan Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, RS Fatmawati pada Tahun 2023 didukung oleh anggaran DIPA APBN dan BLU RS Fatmawati. DIPA - RKA K/L Revisi TA 2023 dengan sumber dana APBN dan PNPB BLU senilai Rp. 1.059.557.543.000,- dengan realisasi anggaran sebesar Rp. 994.170.314.678,- atau 93,83% dari alokasi anggaran Tahun 2023.

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan negara yang bersih dan bebas dari Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme sesuai Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme maka dalam pelaksanaannya harus berpedoman pada azas-azas umum penyelenggaraan negara yang meliputi azas kepastian hukum, tertib penyelenggaraan negara, kepentingan umum, keterbukaan proporsionalitas, dan akuntabilitas didasarkan pada Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah yang mewajibkan Instansi Pemerintah untuk berakuntabilitas dan melaporkan kinerjanya kepada pihak yang memiliki hak atau berkewenangan untuk meminta pertanggung-jawaban.

Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No. 53 Tahun 2014 tanggal 20 November 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XII/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan serta Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan No : HK 02.04/I/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

Dengan ditetapkannya RS Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan RI yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), maka RS Fatmawati sebagai Instansi Pemerintah mempunyai kewajiban untuk membuat Laporan Kinerja (LKj) sebagai pertanggung-jawaban terhadap keberhasilan atau kegagalan pelaksanaan misi organisasi dalam mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Untuk memenuhi hal tersebut diatas, RS Fatmawati setiap tahun menyampaikan Laporan Kinerja kepada Kementerian Kesehatan.

Rumah Sakit Umum Pusat (RS) Fatmawati merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

(Ditjen Yankes) yang mempunyai tugas pokok dan fungsi menyelenggarakan upaya penyembuhan dan pemulihan kesehatan yang dilaksanakan secara komprehensif dan berkesinambungan dengan upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan dan menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian. Selain itu, sebagai rumah sakit pendidikan, maka RS Fatmawati mempunyai tugas pokok dan fungsi menyelenggarakan pelayanan, pendidikan, dan penelitian secara terpadu dalam bidang pendidikan profesi kedokteran, pendidikan kedokteran berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya sesuai dengan standar rumah sakit pendidikan. Berdasarkan tugas pokok dan fungsi seperti yang telah dipaparkan, RS Fatmawati memiliki sumber daya yang sangat besar dan membutuhkan pengelolaan yang tepat.

Dalam rangka optimalisasi pelaksanaan tugas pokok RS Fatmawati sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) dari Kementerian Kesehatan ikut berpartisipasi dalam mewujudkan cita-cita tersebut sebagaimana tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2, adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan selama masa pandemi COVID-19 sehingga RS Fatmawati melakukan revisi terhadap sasaran strategis, indikator kinerja utama, dan program kerja strategis yang dituangkan dalam Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020 - 2024, Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas. Upaya-upaya RS Fatmawati dalam mewujudkan tujuan organisasi ini tertuang dalam sasaran-sasaran yang ingin dicapai setiap tahunnya, berdasarkan Revisi 2 RSB Tahun 2020 - 2024 yaitu : 1) Menjadi RS unggul di bidang layanan Orthopaedi di kawasan Asia Tenggara; 2) Memajukan *Research* dan *Development*; 3) Menjadi RS pengampu untuk Program Prioritas/Unggulan.

Sasaran yang ingin dicapai berdasarkan Revisi 2 RSB Tahun 2020 - 2024 adalah : 1) Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri; 2) Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan; 3) Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan lainnya; 4) Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian; 5) Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien; 6) Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS; 7) Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang terintegrasi; 8) Terpenuhinya Standar

Sarana, Prasarana, dan Alat RS; 9) Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik. Sesuai dengan tugas pokok dan fungsi, RS Fatmawati sebagai BLU setiap tahun telah menyusun Rencana Kerja Tahunan yang mengacu Rencana Strategis Bisnis (RSB) yang telah ditetapkan. Rencana Kinerja Tahunan di Tahun 2023 merupakan proses penetapan berkesinambungan antar program kerja dan kegiatan selama 1 (satu) tahun, dimana tercantum sasaran strategis, program kerja, serta Indikator Kinerja berdasarkan *Key Performance Indicator* (KPI) yang telah disesuaikan dengan Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024.

Laporan Akuntabilitas Kinerja merupakan gambaran pencapaian kinerja rumah sakit yang ditunjukkan dengan tercapainya program kerja dan indikator kinerja dan diharapkan dapat meningkatkan penyempurnaan perencanaan dan pelaksanaan program dan kegiatan tahun mendatang.

Sebagai landasan, penyusunan laporan akuntabilitas kinerja mengacu pada beberapa peraturan perundang-undangan yaitu :

1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas Korupsi, Kolusi, dan Nepotisme.
2. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah.
3. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI Nomor 53 Tahun 2014 tanggal 20 November 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2416/MENKES/PER/XI1/2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan.
6. Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor : HK.02.04/1/1568/12 tanggal 28 Agustus 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Penetapan Kinerja dan Laporan Akuntabilitas Kinerja Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan.

B. MAKSUD DAN TUJUAN

Laporan Kinerja (LKJ) merupakan laporan akuntabilitas Kinerja RS Fatmawati di Tahun 2023 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RS Fatmawati sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu Tahun 2023 sebagai tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis (2020 - 2024) RS Fatmawati dan telah dilakukan Revisi 2 RSB Tahun 2020 - 2024.

Laporan Akuntabilitas Kinerja RS Fatmawati juga dimaksudkan sebagai perwujudan dari transparansi dan akuntabilitas yang merupakan pilar penting pelaksanaan *good governance* dan menjadi dasar untuk mengevaluasi kinerja RS Fatmawati selama satu tahun agar dapat melaksanakan kinerja secara lebih produktif, efektif, dan efisien, baik dari aspek perencanaan, pengorganisasian, manajemen keuangan maupun kinerja sumber daya manusianya.

C. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

Berdasarkan Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.03/D.I/8497/2023 tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati. RS Fatmawati mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut :

1. Tugas RS Fatmawati

RS Fatmawati bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, pendidikan dan pelatihan, penelitian, dan pengembangan secara serasi terpadu dan berkesinambungan.

2. RS Fatmawati menyelenggarakan fungsi :

- a. Penyusunan rencana, program, dan anggaran;
- b. Pengelolaan pelayanan medis dan penunjang medis;
- c. Pengelolaan pelayanan nonmedis;
- 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 sumber daya manusia;

- i. Pelaksanaan urusan hukum, kerja sama, dan hubungan masyarakat;
- j. Pengelolaan sistem informasi;
- k. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- l. Pelaksanaan urusan administrasi rumah sakit.

D. PERAN STRATEGI RS FATMAWATI

1. Visi dan Misi

a. Visi RS Fatmawati

“Mewujudkan masyarakat Sehat yang Produktif, Mandiri, dan Berkeadilan”.

b. Misi RS Fatmawati

- 1) Menjadi RS unggul di bidang layanan Orthopaedi di kawasan Asia Tenggara;
- 2) Memajukan *Research* dan *Development*;
- 3) Menjadi RS pengampu untuk Program Prioritas/Unggulan.

2. Tata Nilai RS Fatmawati : ”BERAKHLAK”

Tata Nilai RS Fatmawati yang juga merupakan budaya organisasi dan perilaku utama RS Fatmawati sejalan dengan *Core Values* ASN yaitu **“BERAKHLAK”** (**BER**orientasi pelayanan, **AK**untanbel, **K**ompeten, **H**armonis, **L**oyal, **A**daptif, dan **K**olaboratif). Tata nilai diterapkan dalam rangka mendukung tercapainya tujuan dan sasaran yang ditetapkan. Adapun tata nilai RS Fatmawati adalah :

PROAKTIF BERAKHLAK

(**P**eduli, **P**rofesional, **I**ntegrit**A**s, **K**omitmen, **T**eamwork, dan **I**novati**F**)

NO.	NILAI	MAKNA	PERILAKU UTAMA
1.	Peduli	Melayani dengan empati, tulus, dan peduli	a. Berempati b. Peka & Cepat Tanggap c. Memberi Solusi
2.	Profesional	Kompeten dan bertanggung jawab dalam menjalankan tugas	a. Disiplin dan taat pada aturan b. Bertanggungjawab c. Berdedikasi d. Belajar berkelanjutan

3.	Integritas	Keselarasn antara perkataan dan perbuatan sesuai etika, moral, dan kemanusiaan	a. Beriman dan bertakwa b. Jujur dan konsisten c. Memegang teguh etika
4.	Komitmen	Berdedikasi tinggi terhadap kepentingan masyarakat	a. Menjaga nama baik sesama ASN, pemimpin, instansi, dan negara; b. Menjaga rahasia jabatan dan negara; c. Melaksanakan keputusan pimpinan yang sesuai dengan norma dan ketentuan yang berlaku
5.	Teamwork	Bekerjasama secara terpadu dalam kesetaraan untuk mencapai tujuan bersama	a. Komunikasi efektif; b. Proaktif bekerjasama c. Saling menolong d. Bersinergi
6.	Inovatif	Menghasilkan yang terbaik secara kreatif, inovatif, dan berkelanjutan	a. Berorientasi pada standar tertinggi dan tepat guna b. Berjiwa <i>entrepreneurship</i> , inovatif, dan kreatif c. Terbuka terhadap perubahan d. Berwawasan ke depan

Sumber Data : Buku Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2

Tabel 1. Tata Nilai RS Fatmawati

3. Tantangan Strategis

a. Tantangan Strategis dari Internal RS

- 1) Tuntutan pemenuhan infrastruktur rumah sakit untuk mendukung perkembangan RS, inovasi, dan digitalisasi proses kerja di RS;
- 2) Kondisi saat dan setelah pandemi memaksa RS beradaptasi dan menciptakan resiliensi terhadap pengembangan pelayanan kesehatan sehingga RS tetap bertahan dan berkembang sebagai organisasi;
- 3) Tuntutan akseptabilitas dan fleksibilitas organisasi terhadap perubahan situasi di masyarakat termasuk mengubah budaya kerja baik budaya kerja administrasi maupun kinerja;
- 4) Tuntutan staf / unit kerja untuk berpikir kreatif, melakukan kolaborasi dan inovasi dengan memanfaatkan perkembangan teknologi informasi;
- 5) Pengelolaan RS sesuai standar mutu pelayanan, pendidikan, dan penelitian.

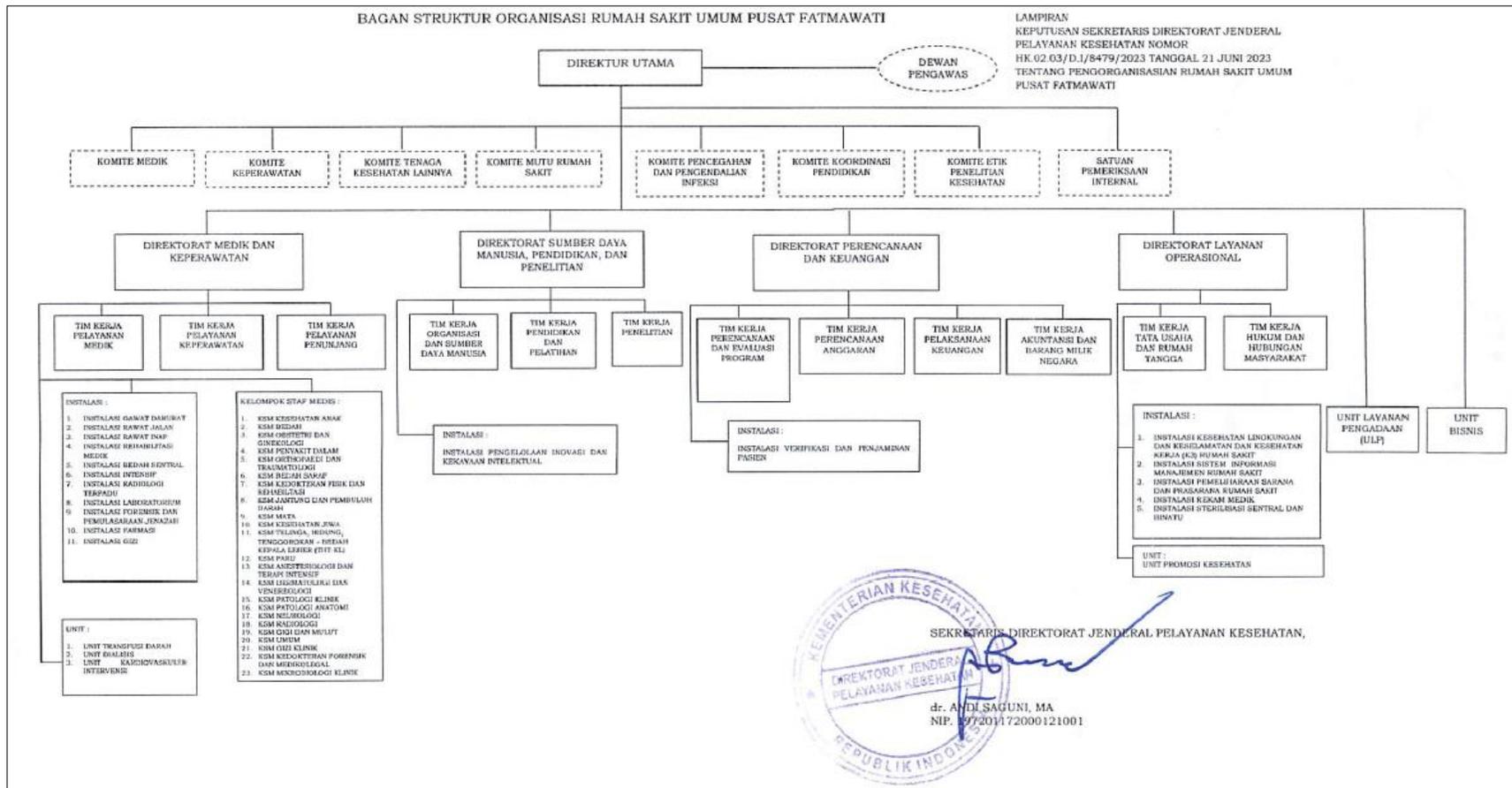
- b. Tantangan Strategis dari Eksternal RS
 - 1) Tuntutan adanya pelayanan terintegrasi (*one stop service*) dari masyarakat;
 - 2) Tuntutan adanya pelayanan unggulan internasional dan prioritas dari Kementerian Kesehatan;
 - 3) Meningkatnya standar kepuasan pelanggan dari *customer service* menjadi *customer value based health care (VBHC)*;
 - 4) Tuntutan penerapan kelas rawat inap standar (KRIS) bagi peserta JKN;
 - 5) Pengembangan RS tidak hanya sebagai pemberi pelayanan kesehatan tetapi juga harus mampu mengembangkan unit bisnis.

4. Struktur Organisasi RS Fatmawati

Struktur Organisasi RS Fatmawati Jakarta terdiri dari :

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

Berikut Bagan Struktur Organisasi RS Fatmawati berdasarkan Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.I/8479/2023 tanggal 21 Juni 2023 tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.



SEKRETARIS DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,
dr. ANDI SAGUNI, MA
NIP. 197201172000121001

Sumber Data : Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : HK.02.03/D.I/8479/2023 tanggal 21 Juni 2023

Gambar 1. Struktur Organisasi RS Fatmawati

Sebagaimana tersaji dalam diagram di atas, struktur organisasi RS Fatmawati terdiri atas 4 (empat) Direktorat, 7 (tujuh) Komite, dan Satuan Pengendalian Internal (SPI). Dalam rangka pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan, pelaksanaan kegiatan RS Fatmawati didukung oleh sumber daya manusia per 31 Desember 2023 sebanyak 2.279 pegawai yang terdiri dari ASN 1.774 pegawai (PNS 1.504 pegawai dan PPPK 270 pegawai) dan NON ASN 624 pegawai (BLU 250 pegawai dan PPT 374 pegawai).

E. SISTEMATIKA PENULISAN

Laporan Kinerja (LKj) RS Fatmawati Tahun 2023 ini menjelaskan pencapaian kinerja RS Fatmawati selama Tahun 2023. Capaian kinerja tersebut dibandingkan dengan rencana kerja dan target yang ditetapkan tiap-tiap indikator di dalam Revisi 2 Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 - 2024 sebagai tolak ukur keberhasilan tahunan. Dari analisa atas capaian kinerja diharapkan dapat diidentifikasi berbagai informasi untuk perbaikan kinerja di masa yang akan datang. Adapun Sistematika Penulisan Laporan Kinerja (LKj) RS Fatmawati Tahun 2023 sebagai berikut :

BAB I PENDAHULUAN

Menjelaskan secara ringkas latar belakang, maksud dan tujuan, tugas pokok dan fungsi, struktur organisasi RS Fatmawati, serta sistematika penulisan laporan.

BAB II PERENCANAAN KINERJA

Menjelaskan tentang sasaran strategis, Perjanjian Kinerja, indikator kinerja, dan target yang ingin dicapai RS Fatmawati pada Tahun 2023.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Menjelaskan tentang pengukuran dan analisis pencapaian kinerja serta realisasi anggaran yang mendukung pencapaian kinerja RS Fatmawati.

BAB IV PENUTUP

Berisi kesimpulan dari Laporan Kinerja (LKj) RS Fatmawati Tahun 2023 dan langkah selanjutnya untuk meningkatkan kinerja organisasi.

LAMPIRAN – LAMPIRAN

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. RENCANA STRATEGIS BISNIS

Rencana Strategis Bisnis (RSB) bagi sebuah organisasi publik merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholders*. Rencana Strategis Bisnis juga merupakan bentuk tanggung jawab utama jajaran manajemen puncak organisasi publik terhadap pemenuhan kepentingan *stakeholders*. Oleh karena itu, Rencana Strategis Bisnis organisasi seharusnya menjadi pedoman utama bagi setiap jajaran manajemen puncak dari suatu organisasi publik dalam menilai kemajuan status pencapaian visi dan target kinerja organisasi jangka pendek dan panjang serta mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda organisasinya agar sejalan dengan tuntutan utama *stakeholders*.

Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas. RS Fatmawati perlu menyusun RSB Revisi Tahun 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Rencana Strategis Bisnis (RSB) revisi ini untuk selanjutnya dipergunakan sebagai panduan dalam proses implementasi internalisasi di RS Fatmawati. Berdasarkan hal tersebut dilakukan Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020 - 2024 Revisi kedua.

1. Inisiatif Strategis

RS Fatmawati melakukan upaya strategis untuk melakukan investasi penyempurnaan dan penataan kemampuan organisasi, kemampuan sistem manajemen dan proses bisnis, serta kemampuan SDM yang ada dengan memantapkan tingkat penguasaan layanannya. Dengan sasaran strategis sebagai berikut :

- a. Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri;
- b. Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan;
- c. Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lainnya;

- d. Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian;
- e. Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- f. Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS;
- g. Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang terintegrasi;
- h. Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS;
- i. Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik.

2. Sasaran Strategis dan Indikator Kinerja Utama

Adanya revisi RSB RS Fatmawati Tahun 2022 - 2024, terjadi juga perubahan pada sasaran strategis dan Indikator Kinerja Utama (IKU) pada RSB awal Tahun 2020 – 2024 terdapat 9 (sembilan) sasaran strategis dan 18 (delapan belas) Indikator Kinerja Utama (IKU) yang kemudian mengalami perubahan pada revisi pertama RSB Tahun 2022 - 2024 menjadi 10 (sepuluh) sasaran strategis dan 20 (dua puluh) Indikator Kinerja Utama (IKU). Dan kemudian kembali mengalami perubahan pada revisi kedua RSB Tahun 2020 – 2024 menjadi 9 (sembilan) sasaran strategis dan 39 (tiga puluh sembilan) Indikator Kinerja Utama (IKU), sesuai matriks dibawah ini :

SEMULA RSB TAHUN 2020 - 2024				MENJADI REVISI RSB TAHUN 2022 - 2024				MENJADI REVISI KEDUA RSB TAHUN 2020 - 2024			
Sasaran Strategis		Indikator		Sasaran Strategis		Indikator		Sasaran Strategis		Indikator	
1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1.	<i>Cash Ratio</i>	1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1.	Kesesuaian Perencanaan Anggaran dengan Realisasi Pengadaan	1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1.	<i>Return on Asset (ROA)</i>
		2.	<i>Current Ratio</i>			2.	<i>Return on Asset (ROA)</i>			2.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU
2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Stakeholder	3.	Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Stakeholder	3.	Angka Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat			3.	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni
		4.	Angka Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat			4.	Angka Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat			4.	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

3.	Terwujudnya <i>Digital Marketing</i>	5.	<i>Online Channel</i> yang terbentuk dalam <i>Marketing RS</i>	3.	Terwujudnya Strategi <i>Marketing Brand Image</i>	5.	<i>Rating Branding Image</i>			5.	Persentase Nilai EBITDA Margin
4.	Terwujudnya Optimalisasi Pelayanan Terpadu	6.	Persentase Pasien mendapatkan Pelayanan Kanker Terpadu	4.	Terwujudnya Optimalisasi Pelayanan Terpadu	6.	Pencapaian Level Kemandirian Pelayanan Kanker Terpadu	2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	6.	Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat
		7.	Persentase Pasien yang memperoleh Pelayanan minimal Invasif Subspesialistik Orthopaedi			7.	Persentase Jumlah Pasien yang mendapatkan Pelayanan <i>Center of Excellence</i>			7.	Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat
		8.	Persentase Pasien Pelayanan Kardiovaskuler Intervensi Terpadu yang dilayani RS			8.	Persentase Level Kemandirian Pelayanan Kardiovaskuler Intervensi			8.	Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang
5.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik	9.	Kesesuaian terhadap Evaluasi 5 (lima) Standar Pelayanan Kedokteran	5.	Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian	9.	Persentase Kunjungan Pasien Jaminan Pembiayaan NON BPJS			9.	Penundaan Waktu Operasi Elektif
		10.	Persentase Indeks Persepsi <i>Good Corporate Governance (GCG)</i>			10.	Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati			10.	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

6.	Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga	11.	Persentase Kunjungan Pasien Jaminan Pembiayaan NONBPJS	6.	Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	11.	Persentase Tenaga RS yang diakui sebagai Dosen Tidak Tetap oleh Institusi Pendidikan	3.	Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain	11.	Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas
		12.	Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati			12.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal			12.	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas minimal Strata Utama
		13.	Persentase Tenaga RS yang diakui sebagai Dosen Tidak Tetap oleh Institusi Pendidikan			13.	Ketepatan Waktu Layanan			13.	Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampunan pada Layanan Prioritas
7.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	14.	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	7.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	14.	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya			14.	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional
		15.	Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan			15.	Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan			15.	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS
8.	Terwujudnya Seluruh Sistem Informasi yang Terintegrasi	16.	Level Integrasi Sistem Informasi Layanan dan Manajemen	8.	Terwujudnya seluruh Sistem Informasi yang Terintegrasi	16.	Penerapan Modul IT Terintegrasi seluruh Pelayanan			16.	Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU)

9.	Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS	17.	Persentase Sarana, Prasarana, dan Alat yang berfungsi sesuai Standar	9.	Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS	17.	Persentase Pemenuhan Alat Medik dan Alkes Pendukung Pelayanan Prioritas	4.	Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian	17.	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP
		18.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal			10.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik			18.	Persentase Pemenuhan Fasilitas Sarana, Prasarana dan Perlengkapan untuk mendukung Layanan Prioritas
				19.	Kesesuaian terhadap Evaluasi Lima Standar Pelayanan Kedokteran			19.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal		
				20.	Persentase Indeks Persepsi <i>Good Corporate Governance</i> (GCG)			20.	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap		
				21.	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal						

	22.	Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam waktu \leq 30 menit
	23.	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan
	24.	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator
	25.	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol
	26.	Kepatuhan Kebersihan Tangan
	27.	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
	28.	Kepatuhan Identifikasi Pasien

		29.	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	
		30.	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	
		31.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	
	6.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM	32.	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya
			33.	Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan
	7.	Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang terintegrasi	34.	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi <i>Surveillans</i> berbasis <i>Digital</i>
			35.	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi.
	8.	Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	36.	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai standar

			37.	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar
	9.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik	38.	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)
			39.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Sumber Data : Buku Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2

Tabel 2. Revisi Kedua IKU RSB RS Fatmawati Tahun 2020 - 2024

Berdasarkan matriks diatas, terdapat beberapa indikator yang masih dicantumkan dalam RSB Tahun 2020 – 2024 Revisi 2, yaitu indikator-indikator:

- a. *Return on Asset (ROA)*;
- b. Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat;
- c. Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat;
- d. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice*;
- e. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya;
- f. Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan.

Revisi Kedua Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Fatmawati yang memuat sasaran strategis dituangkan dalam Indikator Kinerja Utama dalam bentuk matriks yang memuat target pertahun selama periode Tahun 2023 - 2024, sebagai berikut :

IKU RSB		TARGET	
		2023	2024
1.	<i>Return on Asset (ROA)</i>	2%	2%
2.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	95%
3.	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	97%
4.	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	95%
5.	Persentase Nilai EBITDA Margin	15%	15%
6.	Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	≥ 80%	≥ 80%
7.	Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	80%	82%
8.	Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	≥ 80%
9.	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	≤ 3%
10.	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%	≥ 80%
11.	Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	2 Layanan	2 Layanan
12.	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas minimal Strata Utama	1 Layanan	1 Layanan

13.	Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas	1 RS	1 RS
14.	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan
15.	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS	1 Layanan	1 Layanan
16.	Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Urologi (KJSU)	1 Indikator Tercapai setiap Layanan	1 Indikator Tercapai setiap Layanan
17.	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	10%
18.	Jumlah penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	35	37
19.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	100%
20.	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%	≥ 80%
21.	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal	< 2,5%	< 2,5%
22.	Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam waktu ≤ 30 menit	≥ 80%	≥ 80%
23.	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali	2 Kali
24.	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	12 Laporan
25.	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	12 Laporan
26.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	≥ 90%
27.	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%
28.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	100%
29.	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	100%
30.	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%	≥ 90%

31.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	100%
32.	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	98%	100%
33.	Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	93%	95%
34.	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi <i>Surveillans</i> berbasis Digital	1 Sistem	1 Sistem
35.	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi	100%	100%
36.	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai standar	95%	98%
37.	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai standar	70%	80%
38.	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥ 85%	≥ 85%
39.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	92,5%

Sumber Data : Buku Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2
Tabel 3. Target IKU RSB RS Fatmawati Tahun 2023 dan Tahun 2024

B. RENCANA KINERJA TAHUN 2023

Rencana kerja tahunan adalah dokumen perencanaan kinerja untuk periode satu tahun yang memuat kebijakan program dan kegiatan. Penyusunan rencana kerja tahunan merupakan penjabaran dari sasaran dan program yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2. Didalam rencana kerja Tahun 2023 ditetapkan rencana tingkat capaian kinerja tahunan, sasaran, dan seluruh indikator kinerja kegiatan, rencana kerja Tahun 2023 meliputi penetapan sasaran, indikator, dan target yang ingin dicapai dalam tahun yang bersangkutan serta program dan rencana aksi setiap indikator kinerja utama yang tercantum dalam Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2.

C. RENCANA ANGGARAN TAHUN 2023

1. Alokasi Anggaran berdasarkan Program Tahun 2023

NO.	KODE	PROGRAM	ALOKASI
1.	DG.6388	Dukungan Pelayanan Kesehatan UPT Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp. 935.254.064.000
2.	WA.4813	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan	Rp. 124.303.479.000
JUMLAH			Rp. 1.059.557.543.000

Sumber Data : DIPA Revisi ke 19 tanggal 16 Januari 2024

Tabel 4. Alokasi Anggaran berdasarkan Program Tahun 2023

2. Alokasi Anggaran berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2023

NO.	JENIS BELANJA	ALOKASI
1.	Belanja Pegawai	Rp. 124.303.479.000
2.	Belanja Barang	Rp. 787.970.915.000
3.	Belanja Modal	Rp. 147.283.149.000
JUMLAH		Rp. 1.059.557.543.000

Sumber Data : DIPA Revisi ke 19 tanggal 16 Januari 2024

Tabel 5. Alokasi Anggaran berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2023

Sedangkan target PNBPN RS Fatmawati Tahun 2023 sebesar Rp. 717.750.000.000,- dengan rata-rata penerimaan per bulan sebesar Rp. 59.812.494.000,-.

Pada tabel di atas, dapat dilihat bahwa dari pagu sebesar Rp. 1.059.557.543.000,- tersebut, sebagian besar dialokasikan untuk belanja barang yang komponen terbesarnya, antara lain adalah belanja operasional berupa belanja obat dan BMHP, belanja pemeliharaan, belanja gaji, dan remunerasi. Sedangkan belanja pegawai digunakan untuk alokasi gaji pegawai PNS. Untuk belanja modal dialokasikan membiayai pemenuhan alat kesehatan, sarana prasarana yang menunjang pelayanan, salah satunya adalah *Modular Operating Theatre (MOT)* sebanyak 7 paket dan alat medis penunjang tindakan orthopaedi sebagai bentuk upaya untuk mendukung percepatan pelayanan unggulan yaitu *orthopaedi center*.

D. PROGRAM KERJA STRATEGIS

Pada tahun 2023, sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis yang menyatakan layanan unggulan adalah Orthopaedi maka untuk mewujudkan capaian kinerja tersebut perlu dirumuskan dalam program kerja strategis sebagai berikut :

Program Kerja Strategis Tahun 2023

NO.	URAIAN	PROGRAM KERJA
1.	Layanan Prioritas yang ditingkatkan/dikembangkan	<ul style="list-style-type: none"> a. Penerapan keunggulan program orthopaedi dan traumalogi-rehab b. Optimalisasi layanan jantung <i>hotzone</i> c. Layanan prioritas kanker, jantung, stroke, uronefrologi, Diabetes Mellitus, Kesehatan Ibu dan Anak, Penyakit infeksi Emerging d. Kerjasama luar negeri dengan <i>Seoul National University Hospital (SNUH)</i> Korea Selatan e. Optimalisasi <i>integrated</i> rekam medis elektronik dan penerapan Satu Sehat f. <i>Academic Health Center (AHC)</i>
2.	Program Pengampuan	<ul style="list-style-type: none"> a. Program pengampuan pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kanker ▪ Stroke ▪ Uronefrologi ▪ Diabetes Mellitus b. Implementasi kerjasama luar negeri dengan SNUH dalam bidang transplantasi ginjal dan hepar serta kerjasama dengan Mumbay Hospital dalam pelayanan radioterapi
3.	Program Transformasi Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> a. Penguatan budaya organisasi BERAKHLAK a. Parkir terkelola secara profesional, taman indah, waktu tunggu layanan cepat, mudah dan efisien (<i>hospitality</i>) b. Peningkatan riset untuk peningkatan mutu pelayanan c. Penguatan pelayanan PONEK, <i>Stunting</i>, PKBRS, TB, HIV/AIDS

Sumber Data : Rencana Kinerja Tahun 2023

Tabel 6. Program Kerja Strategis Tahun 2023

C. PERJANJIAN KINERJA RS FATMAWATI TAHUN 2023

Perjanjian Kinerja adalah dokumen berisikan perjanjian kinerja antara Direktur Utama RS Fatmawati dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan (Dirjen Yankes) Tahun 2023. Telah dilakukan revisi Perjanjian Kinerja pada Desember 2023. Revisi dilakukan karena adanya pergantian pimpinan dan perubahan alokasi anggaran yang berbeda dengan perjanjian kinerja 2023 sebelumnya. Dalam Perjanjian Kinerja tercantum indikator – indikator, target, dan pagu anggaran RS Fatmawati Tahun 2023 adalah sebagai berikut :

NO.	SASARAN PROGRAM/KEGIATAN	INDIKATOR KINERJA	TARGET
1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1. <i>Return on Asset (ROA)</i>	2%
		2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		3. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		4. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		5. Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	6. Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkatkan	≥ 80%
		7. Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkatkan	80%
		8. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%
		9. Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		10. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%
3.	Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain	11. Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	2 Layanan
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas minimal Strata Utama	1 Layanan
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampunan pada Layanan Prioritas	1 RS
		14. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		15. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 Layanan

		16. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uronefrologi (KJSU)	1 Indikator tercapai setiap layanan
4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian	17. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		18. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	35
5.	Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	19. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
		20. Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%
		21. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%
		22. Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam Waktu ≤ 30 menit	≥ 80%
		23. Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit Setiap 6 bulan	2 Kali
		24. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		25. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan
		26. Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%
		27. Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		28. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
		29. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
		30. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%
		31. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%

6.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	32. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	98%
		33. Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan	93%
7.	Terwujudnya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	34. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans berbasis Digital	1 Sistem
		35. Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi.	100%
8.	Terpenuhinya Standar Sarana Prasarana dan Alat RS	36. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar	95%
		37. Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%
9.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik	38. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥ 85%
		39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%

Sumber Data : Revisi Perjanjian Kinerja Tahun 2023

Tabel 7. Perjanjian Kinerja RS Fatmawati Tahun 2023

BAB III

LAPORAN AKUNTABILITAS KINERJA

A. CAPAIAN KINERJA ORGANISASI

Pengukuran dan analisis capaian kinerja bertujuan untuk mengetahui capaian kinerja RS Fatmawati, kemajuan, dan kendala yang dijumpai dalam pelaksanaan kegiatan sesuai dengan sasaran yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB) RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2. Pengukuran kinerja dilaksanakan untuk mengukur realisasi dan capaian indikator kinerja yang diimplementasikan di RS Fatmawati sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis.

Tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 - 2024 yang mengacu Rencana Strategis Bisnis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 - 2024, dan tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2, Pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator kegiatan di dalam Rencana Strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator. Berdasarkan pengukuran kinerja tersebut diperoleh informasi untuk masing-masing indikator, sehingga dapat digunakan dan ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan di masa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasil guna dan berdaya guna.

Selain untuk memperoleh informasi mengenai masing-masing indikator, pengukuran kinerja ini juga dimaksudkan untuk mengetahui capaian kinerja RS Fatmawati Tahun 2023 dibandingkan dengan target yang sudah ditetapkan di awal tahun, serta untuk memberikan gambaran kepada pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan RS Fatmawati yang tertuang dalam RSB Tahun 2020 – 2024 Revisi 2.

Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RS Fatmawati Tahun 2023 dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu satu tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RS Fatmawati Tahun 2023 yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 – 2024 Revisi 2. Capaian sasaran strategis RS Fatmawati sebagai berikut :

1. Capaian Sasaran Kinerja RS Fatmawati

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1.	<i>Return on Asset (ROA)</i>	2%	- 3,09%	0%
		2.	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	99%	104,21%
		3.	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	99,07%	102,13%
		4.	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	91,31%	96,12%
		5.	Persentase Nilai EBITDA Margin	15%	6,18%	41,2%
2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	6.	Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	≥ 80%	83,83%	104,78%
		7.	Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	80%	86,92%	108,64%
		8.	Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	27,13%	33,92%
		9.	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	1,63%	100%
		10.	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%	100%	125%
3.	Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain	11.	Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	2 Layanan	2 Layanan	100%
		12.	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas minimal Strata Utama	1 Layanan	1 Layanan	100%

		13.	Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas	1 RS	1 RS	100%
		14.	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan	100%
		15.	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS	1 Layanan	1 Layanan	100%
		16.	Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Urologi (KJSU)	1 Indikator Tercapai setiap Layanan	1 Indikator Tercapai setiap Layanan	100%
4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam Bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian	17.	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	29,17%	291,7%
		18.	Jumlah penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	35	58	165,71%
5.	Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	19.	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	70,63%	83,10%
		20.	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%	84,46%	105,58%
		21.	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal	< 2,5%	- 0,30%	100%
		22.	Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam waktu ≤ 30 menit	≥ 80%	100%	125%
		23.	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan	2 Kali	2 Kali	100%

		24.	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	12 Laporan	100%
		25.	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	12 Laporan	100%
		26.	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	80,86%	89,84%
		27.	Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%
		28.	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	99,05%	99,05%
		29.	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	99,62%	99,62%
		30.	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%	90,56%	100,62%
		31.	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	95,73%	95,73%
6.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	32.	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	98%	100%	102,04%
		33.	Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	93%	100%	107,53%
7.	Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang Terintegrasi	34.	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi <i>Surveillans</i> berbasis Digital	1 Sistem	1 Sistem	100%
		35.	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi	100%	100%	100%
8.	Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	36.	Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai standar	95%	98,49%	103,68%

		37.	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai standar	70%	89,30%	127,57%
9.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik	38.	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥ 85%	93,77%	110,31%
		39.	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	87,50%	94,59%

Sumber Data : Aplikasi E-LAKIP

Tabel 8. Capaian IKU RSB RS Fatmawati Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas dapat Indikator Kinerja Utama yang digunakan untuk mencapai Sasaran Strategis di RS Fatmawati dalam kurun waktu satu tahun sebagai berikut :

a. Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri

Indikator Kinerja :

1) Return on Asset (ROA)

Definisi Operasional :

Rasio yang menunjukkan hasil *return*/pengembalian atas jumlah aktiva yang digunakan dengan membandingkan surplus/defisit sebelum pos keuntungan lain-lain dengan Total Aset Tetap. Surplus/Defisit sebelum pos keuntungan lain-lain adalah surplus/defisit tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari Anggaran Rupiah Murni (RM)/APBN. Total Aset Tetap adalah nilai perolehan aset tetap tanpa memperhitungkan Konstruksi Dalam Pengerjaan (KDP).

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Surplus/defisit sebelum pos keuntungan lain-lain}}{\text{Total Aset Tetap}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	<i>Return on Asset (ROA)</i>	2%	- 3,09%	0%

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 9. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator *Return on Asset (ROA)* Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator *Return on Asset (ROA)* sebesar - 3,09% dan tidak mencapai dari target yang ditetapkan sebesar 2%. Mengacu pada kamus indikator tentang *Return on Asset (ROA)* Tahun 2023 diperoleh hasil sebagai berikut :

b) Capaian Rasio *Return on Asset (ROA)* Tahun 2023

PERIODE	FORMULA PERHITUNGAN	HASIL PERHITUNGAN
TW 1	$\frac{\text{Surplus / Defisit sebelum pos keuntungan lain-lain (LO kegiatan operasional)}}{\text{Total Aset Tetap}} \times 100\%$	$\frac{11.300.435.918}{6.337.287.279.986} \times 100\% = - 0,18\%$
TW 2	$\frac{\text{Surplus / Defisit sebelum pos keuntungan lain-lain (LO kegiatan operasional)}}{\text{Total Aset Tetap}} \times 100\%$	$\frac{86.164.130.214}{6.341.422.021.793} \times 100\% = - 1,36\%$
TW 3	$\frac{\text{Surplus / Defisit sebelum pos keuntungan lain-lain (LO kegiatan operasional)}}{\text{Total Aset Tetap}} \times 100\%$	$\frac{97.018.153.342}{6.349.713.264.352} \times 100\% = - 1,53\%$
TW 4	$\frac{\text{Surplus / Defisit sebelum pos keuntungan lain-lain (LO kegiatan operasional)}}{\text{Total Aset Tetap}} \times 100\%$	$\frac{200.086.741.769}{6.482.525.139.377} \times 100\% = - 3,09\%$

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 10. Capaian Rasio *Return on Asset (ROA)* Tahun 2023

Secara akumulasi Capaian Rasio *Return on Asset (ROA)* Tahun 2023 sebagai berikut :

TARGET	PERIODE	REALISASI	CAPAIAN	CAPAIAN TAHUN 2023
2%	Triwulan 1	- 0,18%	- 9%	0 %
	Triwulan 2	- 1,36%	- 68%	
	Triwulan 3	- 1,53%	- 76,5%	
	Triwulan 4	- 3,09%	- 154,5%	

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 11. Capaian *Return on Asset (ROA)* Tahun 2023

- Surplus/Defisit sebelum Pos Keuntungan lain-lain (LO Kegiatan Operasional) Triwulan 1 sebesar Rp. 11.300.435.918,- dibagi dengan Total Aset Tetap Rp. 6.337.287.279.986,- hasil perhitungan sebesar – 0,18%.
- Surplus/Defisit sebelum Pos Keuntungan lain-lain (LO Kegiatan Operasional) Triwulan 2 sebesar Rp. 86.164.130.214,- dibagi dengan Total Aset Tetap Rp. 6.341.422.021.793,- hasil perhitungan sebesar – 1,36%.
- Surplus/Defisit sebelum Pos Keuntungan lain-lain (LO Kegiatan Operasional) Triwulan 3 sebesar Rp. 97.018.153.342,- dibagi dengan Total Aset Tetap Rp. 6.349.713.264.352,- hasil perhitungan sebesar – 1,53%.
- Surplus/Defisit sebelum Pos Keuntungan lain-lain (LO Kegiatan Operasional) Triwulan 4 sebesar Rp. 200.086.741.769,- dibagi dengan Total Aset Tetap Rp. 6.482.525.139.377,- hasil perhitungan sebesar – 3,09%.

Berdasarkan data diatas, capaian *Return on Asset (ROA)* Tahun 2023 tidak mencapai target dari yang ditetapkan sebesar 2%, yang berarti bahwa tingkat pengembalian aset tetap terhadap kegiatan operasional rumah sakit tanpa bantuan dana pemerintah (APBN) mengalami defisit sebesar - 3,09%.

c) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	<i>Return on Asset (ROA)</i>	0%	2%

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 12. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator *Return on Asset (ROA)*

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 0% tidak mencapai target karena adanya investasi untuk pengembangan layanan eksekutif di rumah sakit sehingga belum berkontribusi terhadap pendapatan dan penerimaan rumah sakit;
- Target Tahun 2024 masih sama dengan target tahun 2023 yakni sebesar 2%.

d) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TAHUN 2022			TAHUN 2023		
		T	R	C	T	R	C
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	<i>Return on Asset (ROA)</i>	2%	2%	100%	2%	-3,09%	0%
Keterangan : T : Target R : Realisasi C : Capaian							

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 13. Perbandingan Realisasi Kinerja dan Capaian Kinerja *Return on Asset (ROA)* Tahun 2022 dan Tahun 2023

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi indikator *Return on Asset (ROA)* Tahun 2022 sebesar 2% dari target yang ditetapkan sebesar 2% sehingga hasil capaian sebesar 100%;
- Realisasi indikator *Return on Asset (ROA)* Tahun 2023 sebesar – 3,09% dari target yang ditetapkan sebesar 2%, hal ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2022.

e) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator *Return on Asset (ROA)* sebagai berikut :

- Adanya investasi untuk pengembangan layanan termasuk layanan eksekutif berupa belanja modal *Fatmawati Orthopaedi Center (FOC)* yaitu investasi *Modular Operation Theatre (MOT)*, alat medis Orthopaedi, renovasi Instalasi Griya Husada (IGH), alat medis untuk program transplantasi hati dan ginjal yang belum dapat beroperasi di tahun 2023 sehingga belum berkontribusi terhadap pendapatan dan penerimaan rumah sakit. Diharapkan di tahun 2024 dapat beroperasi dan meningkatkan pendapatan rumah sakit.

f) Rekomendasi Perbaikan

Upaya memperbaiki pencapaian *Return on Asset (ROA)* dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Pengadaan investasi sebaiknya dilakukan di awal tahun sehingga dapat dioperasikan pada tahun yang sama dan dapat memberikan kontribusi pendapatan rumah sakit;
- Melakukan promosi layanan baru terhadap investasi yang telah dilakukan sehingga dapat meningkatkan kunjungan pasien sekaligus penerimaan rumah sakit;
- Melakukan optimalisasi utilisasi investasi belanja modal yang telah dilakukan;

- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap investasi belanja modal dilakukan secara periodik.

Indikator Kinerja :

2) Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Definisi Operasional :

Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.

Formula Perhitungan :

Pendapatan = Pendapatan Rawat Jalan + Pendapatan Rawat Inap +
Pendapatan Layanan Lainnya.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	99%	104,21%

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 14. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU sebesar 99% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 95% dengan capaian sebesar 104,21%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	104,21%	95%

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 15. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 104,21% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 95%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselarskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Definisi operasional indikator adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan. Dari grafik terlihat untuk RS Fatmawati telah mencapai target yang ditetapkan. Keberhasilan ini dipengaruhi adanya peningkatan kualitas klaim pasien BPJS dan NON BPJS, revisi tarif pelayanan rumah sakit dan pemenuhan sarana dan prasarana.

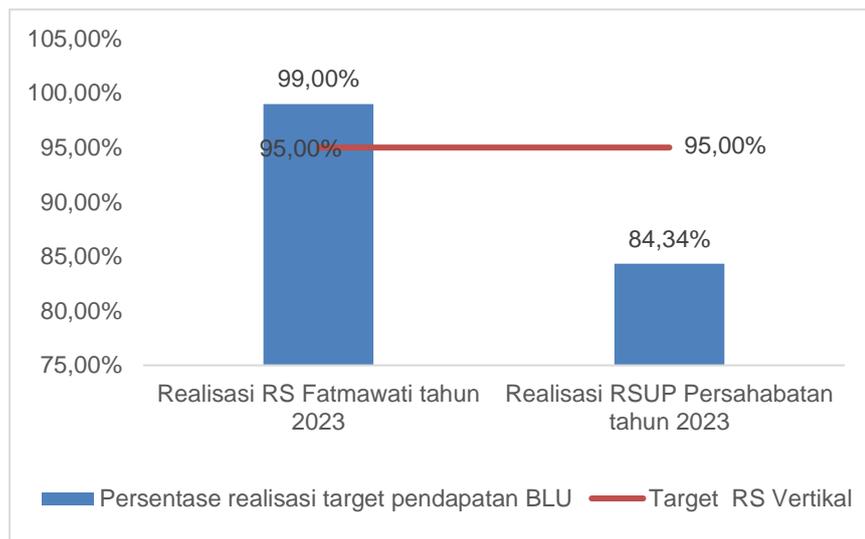


Diagram 1. Benchmarking Capaian Kinerja Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU sebagai berikut :

- Peningkatan kualitas klaim pasien BPJS dan NON BPJS;
- Revisi tarif pelayanan rumah sakit;
- Pemenuhan sarana dan prasarana.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Inovasi pelayanan untuk pasien dengan pembayaran tunai sehingga dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit;
- Pengembangan layanan unggulan dan layanan prioritas;
- Peningkatan pendapatan melalui perluasan kerjasama dengan asuransi Non BPJS.

Indikator Kinerja :

3) Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Definisi Operasional :

Realisasi Anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Realisasi Anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}}{\text{Total Anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	99,07%	102,13%

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 16. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebesar 99,07% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 97% dengan capaian sebesar 102,13%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	102,13%	97%

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 17. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 102,13% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 95%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Definisi operasional indikator adalah realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah murni (APBN/RM). Berdasarkan tabel RS Fatmawati dan RSUP Persahabatan sudah mencapai bahkan melebihi dari target. Realisasi anggaran yang bersumber rupiah murni ini dipergunakan untuk belanja pegawai dan tunjangan PNS, belanja operasional perkantoran dan belanja lainnya yang mendukung kegiatan rumah sakit. Penyerapan ini dapat terlaksana dengan baik karena adanya monitoring dan evaluasi atas perencanaan dan realisasi anggaran RM.

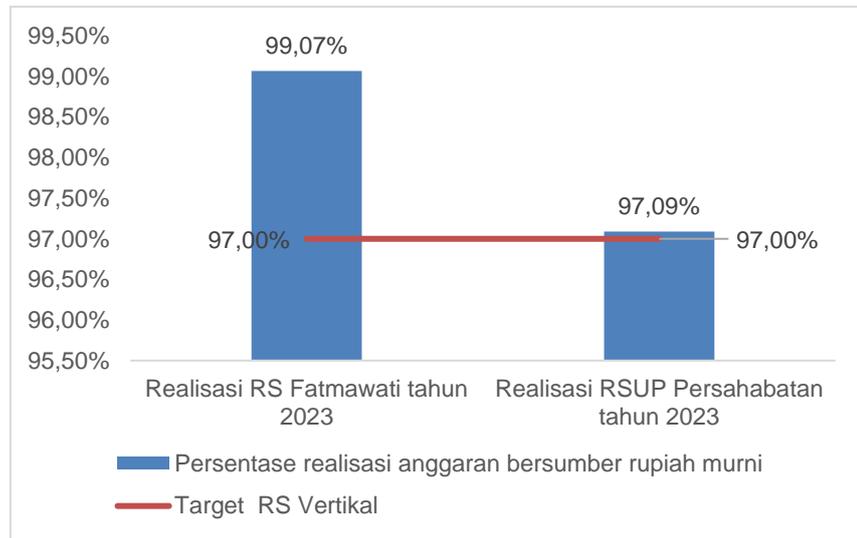


Diagram 2. Benchmarking Capaian Kinerja Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebagai berikut :

- Ketersediaan pagu alokasi anggaran rupiah murni;
- Penyampaian SPM yang tepat waktu;
- Kesesuaian antara perencanaan dan realisasi anggaran rupiah murni yang dimonitoring;
- Pemanfaatan sisa alokasi anggaran kontraktual.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Membuat rencana penarikan dana (RPD) setiap bulan;
- Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi belanja bersumber rupiah murni secara periodik.

Indikator Kinerja :

4) Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Definisi Operasional :

Realisasi Anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Realisasi Anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}}{\text{Total Anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	91,31%	96,12%

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 18. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU sebesar 91,31% dan tidak mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 95% dengan capaian sebesar 96,12%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	96,12%	95%

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 19. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 96,12% dan belum mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 95%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselarskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Definisi operasional indikator adalah realisasi anggaran yang bersumber dari rupiah BLU (Badan Layanan Umum). Indikator Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU, RS Fatmawati dan RSUP Persahabatan dalam realisasinya belum mencapai target. Untuk itu perlu dilakukan evaluasi dan monitoring dalam penggunaan anggaran disesuaikan dengan penerimaan BLU .

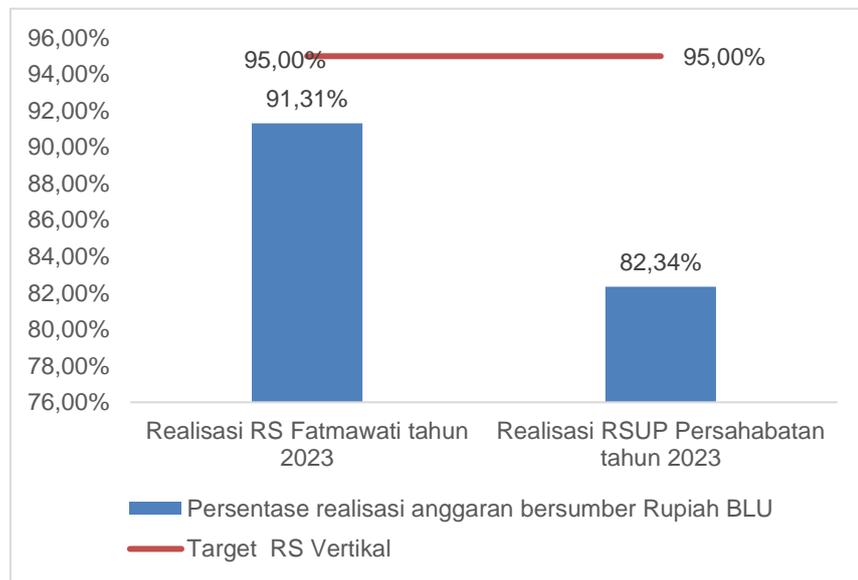


Diagram 3. Benchmarking Capaian Kinerja Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

d) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU sebagai berikut :

- Pengaturan *Cash Flow* belum optimal;
- Perlu dilakukan monitoring dan evaluasi berkala terhadap proses pengadaan barang dan jasa;
- Vendor belum disiplin dalam melakukan tukar faktur atau penagihan sesuai dengan waktu yang ditentukan.

e) Rekomendasi

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Melaksanakan Rencana Penarikan Dana (RPD) setiap bulan yang dijadikan acuan dalam merealisasikan belanja;
- Memantau kepatuhan dari pelaksanaan Rencana Penarikan Dana (RPD).

Indikator Kinerja :

5) Persentase Nilai EBITDA Margin

Definisi Operasional :

EBITDA disebut juga surplus atau defisit sebelum bunga, pajak, depresiasi, dan amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi, dan amortisasi.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{EBITDA}}{\text{Pendapatan}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	Persentase Nilai EBITDA Margin	15%	6,18%	41,2%

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 20. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Nilai EBITDA Margin sebesar 6,81% dan tidak mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 15% dengan capaian sebesar 45,39%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	Persentase Nilai EBITDA Margin	41,2%	15%

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 21. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 41,2% dan belum mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 15%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Persentase Nilai EBITDA Margin merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Persentase Nilai EBITDA Margin sebagai berikut :

- Pendapatan tidak mencapai target sedangkan beban operasional rumah sakit melebihi dari pendapatan yang diterima;
- Tagihan farmasi banyak yang tertunda dan belum dibayarkan pada tahun berjalan;
- Kenaikan pagu belanja farmasi guna pembayaran hutang tahun lalu;
- Beban pemeliharaan Tahun 2023 yang tinggi.

e) Rekomendasi

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan Persentase Nilai EBITDA Margin dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Peningkatan kualitas klaim pasien BPJS dan NON BPJS (Meminimalisir klaim pasien BPJS yang pending/*dispute*);
- Melakukan promosi atau menjalin kerjasama dengan asuransi supaya meningkatkan pasien umum dan eksekutif;
- Optimalisasi pemanfaatan aset yang dapat disewakan;
- Melakukan kendali mutu dan efisiensi biaya di semua sektor.

b. Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan

Indikator Kinerja :

6) Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat

Definisi Operasional :

Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat sesuai dengan Permenpan No. 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik di RS Vertikal.

Formula Perhitungan :

Sesuai perhitungan dalam Permenpan No. 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	80%	83,83%	104,78%

Sumber Data : Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Tabel 22. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat sebesar 83,83% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 80% dengan capaian sebesar 104,78%.

b) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TAHUN 2022			TAHUN 2023		
		T	R	C	T	R	C
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	82%	82,97%	101,18%	≥ 80%	83,83%	104,78%
Keterangan : T : Target R : Realisasi C : Capaian							

Sumber Data : Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Tabel 23. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat Tahun 2022 dan Tahun 2023

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat pada Tahun 2022 sebesar 82,97% dari

target yang ditetapkan sebesar 82% dengan capaian sebesar 101,18%.

- Realisasi indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat pada Tahun 2023 mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan realisasi pada Tahun 2022.

c) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2022	TARGET 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	82%	≥ 80%	≥ 80%

Sumber Data : Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Tabel 24. Perbandingan Target Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat Tahun 2022, 2023, dan 2024

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat sebagai berikut :

- Menggunakan sistem registrasi untuk pendaftaran pasien rawat jalan;
- Meningkatkan fasilitas di lingkungan rumah sakit;
- Melakukan pemeliharaan rutin terhadap fasilitas, sarana, dan prasarana rumah sakit untuk memastikan kondisi yang baik dan terawat;
- Mengimplementasikan sistem rekam medis elektronik yang komprehensif untuk mempermudah akses informasi pasien.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Meningkatkan sistem administrasi yang mudah agar pelanggan merasa terbantu sehingga mempersingkat waktu tunggu;
- Ketersediaan fasilitas jaringan internet di rumah sakit;
- Meningkatkan kemampuan SDM untuk mendukung pelayanan di rumah sakit.

Indikator Kinerja :

7) Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat

Definisi Operasional :

Kepuasan Pelanggan Internal adalah jumlah pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas pada hasil survey yang dilakukan secara berkala.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah Pegawai yang puas dan sangat puas}}{\text{Jumlah Pegawai yang mengikuti survey sesuai target}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	80%	86,92%	108,64%

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia

Tabel 25. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat sebesar 86,92% dan

telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 80% dengan capaian sebesar 108,64%.

b) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TAHUN 2022			TAHUN 2023		
		T	R	C	T	R	C
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	78%	87,91%	112,71%	80%	86,92%	108,64%
Keterangan : T : Target R : Realisasi C : Capaian							

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 26. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2022 dan Tahun 2023

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat pada Tahun 2022 sebesar 87,91% dari target yang ditetapkan sebesar 78% dengan capaian sebesar 112,71%.
- Realisasi indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat pada Tahun 2023 mengalami penurunan jika dibandingkan dengan realisasi pada Tahun 2022. Hal ini dikarenakan adanya kenaikan pada target sebesar 2% sehingga mempengaruhi hasil realisasi pada Tahun 2023.

c) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2022	TARGET 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	78%	80%	82%

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia

Tabel 27. Perbandingan Target Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2022, 2023, dan 2024

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat sebagai berikut :

- Kegiatan survey kepuasan pelanggan internal dilakukan oleh pihak ketiga untuk akuntabilitas. Realisasi hasil Survey Kepuasan Pelanggan Internal Semester II Tahun 2023 tercapai 86,87% dari target 80%. Jika dibandingkan dengan hasil capaian pada Semester I Tahun 2023 yakni 86,96%, maka hasil capaian terdapat sedikit penurunan sebesar 0,09%. Namun, secara umum hal tersebut sudah melebihi target. Realisasi Tahun 2023 sebesar 86,92% dan capaian sebesar 108,64%.
- Manajemen rumah sakit memiliki sistem tata kelola yang baik.
- Remunerasi yang diberikan kepada pegawai sudah berdasarkan evaluasi kinerja.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Percepatan proses perubahan dan perbaikan untuk memfasilitasi kebutuhan dan kesejahteraan pegawai, seperti tindak lanjut komplain, pemenuhan sarana prasarana, dan peningkatan kesejahteraan pegawai di rumah sakit.

Indikator Kinerja :

8) Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang

Definisi Operasional :

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.

Check In adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.

Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit}}{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	$\geq 80\%$	27,13%	33,92%

Sumber Data : Instalasi Rawat Jalan

Tabel 28. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang sebesar 27,13% dan tidak mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar $\geq 80\%$ dengan capaian sebesar 33,92%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	33,92%	≥ 80%

Sumber Data : Instalasi Rawat Jalan

Tabel 29. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 33,92% dan belum mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar ≥ 80%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	27,13%	≥ 80%	27,13%
Capaian	33,92%		33,92%	

Tabel 30. Perbandingan Realisasi Kinerja Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang Tahun 2023 di Level Nasional

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional dan target PK tahun 2023 adalah sama yaitu sebesar 33,92% belum mencapai target nasional dan target sesuai PK Tahun 2023.
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Dit.Jen Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang sebagai berikut :

- Belum semua data waktu penyerahan obat diinput oleh petugas depo farmasi.
- Masih belum baiknya ketepatan waktu mulai pelayanan dokter di rawat jalan.
- Waktu pelayanan obat yang masih lebih dari target Waktu Tunggu Obat (WTO).
- Belum diaturnya waktu kedatangan pasien dekat dengan jadwal praktik.

- Belum tersosialisasinya program pengantaran obat pada pelanggan.
- Sistem IT RS yang belum terintegrasi seluruhnya sehingga membutuhkan waktu untuk memproses obat yang ada restriksi, cetak resep, dan pembuatan label obat.

f) Rekomendasi

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Perbaiki sistem input data di depo farmasi rawat jalan reguler.
- Peningkatan ketepatan waktu para dokter untuk mulai pelayanan sesuai jadwal yang ditetapkan.
- Peningkatan kecepatan pelayanan obat khususnya obat jadi.
- Pengaturan waktu kedatangan pasien sesuai dokter yang dituju pada saat melakukan reservasi.
- Melakukan kerja sama *provider* pengantaran obat untuk mensosialisasikan pelayanan pengantaran obat.
- *Bridging System IT* dan penyediaan informasi tentang obat khusus atau restriksi pada SIMRSGOS.

Indikator Kinerja :

9) Penundaan Waktu Operasi Elektif

Definisi Operasional :

Operasi Elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaanya terencana atau dapat dijadwalkan.

Penundaan Waktu Operasi Elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 (satu) jam dari jadwal operasi yang ditentukan.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 (satu) jam}}{\text{Jumlah pasien operasi elektif}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	1,63%	100%

Sumber Data : Instalasi Bedah Sentral

Tabel 31. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif sebesar 1,63% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar ≤ 3% dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Penundaan Waktu Operasi Elektif	100%	≤ 3%

Sumber Data : Instalasi Bedah Sentral

Tabel 32. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar ≤ 3%.

d) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan

kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Penundaan Waktu Operasi Elektif sebagai berikut :

- Pengaturan penjadwalan operasi yang baik;
- Komitmen tim operasi untuk melakukan tindakan operasi pada semua pasien yang telah terjadwal;
- Pada pasien yang berisiko batal dikarenakan perpanjangan operasi sebelumnya bila memungkinkan manajemen IBS memobilisasi pasien ke kamar operasi lain;
- Manajemen IBS melakukan koordinasi dengan *bed manager* dan instalansi terkait setiap hari untuk memfasilitasi ruangan khusus *post* operasi;
- Pembukaan layanan operasi 2 *shift* sejak bulan September 2023.

d) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Penundaan Waktu Operasi Elektif dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Penambahan kamar operasi untuk pasien elektif (dalam proses renovasi dan pembangunan manajemen RS Fatmawati);

- Optimalisasi proses verifikasi pasien preoperasi di IRJ/IRNA;
- Penambahan jumlah operasi elektif 2 *shift*;
- Pengadaan perbaikan, perawatan, monitoring kondisi alat dan instrumen bedah;
- Perbaikan dan perawatan gedung beserta sarana dan prasarananya.

Indikator Kinerja :

10) Kecepatan Waktu Tanggap Komplain

Definisi Operasional :

Merujuk pada Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, RS, Lab Kes, dan UTD :

- a) Kecepatan Waktu Tanggap Komplain adalah rentang waktu RS dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan, atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan *grading* risiko analisis hingga tindak lanjutnya.
- b) *Grading* Risiko dan standar waktu tangga komplain :
 - *Grading* Merah (Ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1 X 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria : Cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.
 - *Grading* Kuning (Tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria : Cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian inmaterial, dan lain-lain.
 - *Grading* Hijau (Rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria : tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun inmaterial.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti}}{\text{Jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%$$

Sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan *grading*

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%	100%	125%

Sumber Data : Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Tabel 33. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kecepatan Waktu Tanggap Komplain Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Kecepatan Waktu Tanggap Komplain sebesar 100% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar ≥ 80% dengan capaian sebesar 125%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	125%	≥ 80%

Sumber Data : Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Tabel 34. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kecepatan Waktu Tanggapan Komplain

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 125% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar ≥ 80%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Kecepatan Waktu Tanggap Komplain merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Kecepatan Waktu Tanggap Komplain sebagai berikut :

- Komplain pelanggan RS Fatmawati pada Tahun 2023 sebanyak 154 orang segera ditanggapi dan ditindaklanjuti oleh satuan kerja terkait di rumah sakit;
- Keluhan/komplain pada Tahun 2023 banyak terkait pelayanan dan oleh satuan kerja terkait segera ditindaklanjuti dan menjadi acuan perbaikan kinerja;
- Media keluhan yang sering digunakan oleh pelanggan yaitu media *Whatsapp* dan media *Instagram* yang dirasakan mudah untuk menyampaikan keluhan;
- Keluhan dengan *grading* terbanyak yaitu di *grading* hijau dengan lama respon 7 hari.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Kecepatan Waktu Tanggap Komplain dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Meningkatkan komunikasi internal;
- Melibatkan manajemen puncak dalam menyelesaikan keluhan keterkaitan dengan kebijakan rumah sakit;
- Melakukan *update* pelatihan pelayanan prima kepada seluruh SDM;
- Melakukan survei kepuasan pasien;
- Melakukan tindakan perbaikan berkelanjutan.

c. Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain

Indikator Kinerja :

11) Terselenggaranya pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas

Definisi Operasional :

Pelayanan Prioritas Strata Empat adalah pelayanan yang memenuhi kriteria paripurna dari sembilan layanan prioritas yang dikembangkan sesuai program pengampunan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu, layanan kanker, jantung, stroke, uronefro, DM, KIA, TB, Gastro-Hepato, dan PIE.

Formula Perhitungan :

Jumlah layanan prioritas yang tercapai strata 4 (empat) paripurna.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	2 Layanan	2 Layanan	100%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 35. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas sebesar 2 (dua) layanan dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 2 (dua) layanan dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	100%	2 Layanan

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 36. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 2 layanan.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas sebagai berikut :

- Pada Tahun 2023 sudah terselenggara pelayanan strata 4 optimal pada layanan prioritas yang terdiri dari 2 layanan yaitu : DM dan Uronefro. Adapun kegiatan layanan tersebut, kegiatan layanan DM yang telah diusulkan yaitu melalui program pengampuan pembahasan kasus sulit secara *online*, kegiatan *cooking class* tentang mengolah makanan yang aman untuk penderita DM, kegiatan edukasi diruang rawat inap setiap hari Rabu, layanan Uronefro yang sudah dikembangkan adalah HD CITO 24 jam dan penambahan pengembangan layanan transplantasi ginjal yang saat ini sedang berproses ke BPJS Kesehatan. Kedua layanan prioritas tersebut sudah berjalan namun masih perlu optimalisasi pemenuhan baik secara layanan, kompetensi

SDM, dan sarana prasarana. Optimalisasi pemenuhan layanan DM yang masih perlu dilakukan adalah tersedianya pelayanan transisi, register pasien secara elektronik, insulin pump, dietisien terlatih untuk anak. Optimalisasi pemenuhan layanan uronefro yang masih perlu dilakukan adalah pelaksanaan program transplantasi secara mandiri sehingga tidak perlu pendampingan.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Perlu segera dilakukan pemenuhan baik secara sarana prasarana dan SDM sesuai kompetensi.

Indikator Kinerja :

12) RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama

Definisi Operasional :

RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 (sembilan) layanan prioritas minimal strata utama.

Formula Perhitungan :

Jumlah layanan prioritas yang terlaksana minimal strata utama.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama	1 Layanan	1 Layanan	100%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 37. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama sebesar 1 (satu) layanan dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 1 (satu) layanan dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama	100%	1 Layanan

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 38. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 1 layanan.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama sebagai berikut :

- Pada Tahun 2023 RS Fatmawati melakukan program pengembangan lima dari Sembilan layanan prioritas. Lima layanan prioritas tersebut adalah Kanker, Uronefrologi, DM, KIA, dan PIE. Hal ini untuk meningkatkan strata RS Fatmawati menjadi strata paripurna. Program kerja yang dilakukan dalam pengembangan layanan tersebut seperti diadakannya program kedokteran nuklir, pengembangan pemeriksaan imunohistokimia, pelayanan transplantasi ginjal, pelayanan poliklinik diabetes terpadu, pelayanan ruang rawat isolasi baik bertekanan negatif maupun positif, dan pelayanan BBLR serta BLSR yang dirujuk ke RS Fatmawati dari seluruh RS baik di Jakarta maupun diluar

Jakarta. Untuk empat layanan prioritas lainnya, yaitu Jantung, Stroke, TB, dan Gastrohepatologi, saat ini masih dalam proses pembentukan tim, memenuhi SDM, sarana dan prasarana yang sesuai dengan kriteria strata utama pada masing-masing layanan tersebut.

- Adapun pengembangan layanan lainnya yang telah dilakukan oleh RS Fatmawati pada Tahun 2023 itu adalah layanan transplantasi hati. Dalam proses pengembangan layanan transplantasi hati, pihak RS Fatmawati bekerjasama dengan pihak luar negeri demi terselenggaranya layanan tersebut. Program pengembangan ini akan dilanjutkan pada Tahun 2024, dimana tim yang terlibat akan melakukan skrining pasien yang menjadi kriteria dalam layanan tersebut.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Prioritas minimal Strata Utama dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Dalam pengembangan layanan RS harus selalu memperhatikan SDM, sarana, dan prasarana yang sesuai dengan kriteria. Selain itu, RS Fatmawati juga harus memperhatikan mutu dan keselamatan pasien dalam proses program pengembangan maupun pengampuan layanan prioritas tersebut.

Indikator Kinerja :

13) Jumlah RS yang diampu dalam jejaring Pengampuan pada Layanan Prioritas

Definisi Operasional :

Rumah Sakit Vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama.

Formula Perhitungan :

Jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama) yang dilakukan pembinaan.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas	1 RS	1 RS	100%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 39. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas sebesar 1 (satu) RS dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 1 (satu) RS dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas	100%	1 RS

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 40. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 1 RS.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas sebagai berikut :

- Jumlah rumah sakit yang diampu dalam layanan jejaring pengampuan pada layanan prioritas pada Tahun 2023 yang mencapai target strata utama 1 layanan yaitu layanan Uronefro. Untuk rumah sakit yang diampu dan mencapai target strata utama yaitu RSUD Tarakan, tercapai karena rumah sakit sudah dapat memenuhi kualifikasi standar yang ditetapkan Kementerian Kesehatan.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Perlu lebih intens pendampingan secara daring dan luring serta monitoring dan evaluasi dalam laporan kegiatan terhadap RS Utama untuk melihat capaian strata sesuai yang ditetapkan.

Indikator Kinerja :

14) Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Definisi Operasional :

RS yang menyelenggarakan kerjasama dengan RS atau institusi kesehatan luar negeri terkait layanannya.

Formula Perhitungan :

Proses kerjasama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerjasama, dan atau hasil *assessment internal*.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan	100%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 41. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional sebesar 1 (satu) layanan dan telah mencapai target yang

ditetapkan yakni sebesar 1 (satu) layanan dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	100%	1 Layanan

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 42. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 1 layanan.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan

dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional sebagai berikut :

- Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional pada Tahun 2023 mencapai target dengan adanya *Memorandum of Understanding (MoU)* dengan institusi luar negeri, *Term of Reference (TOR)*, dan penyusunan *Feasibility Study*.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Meningkatkan penyelenggaraan pelayanan melalui pemenuhan sarana prasarana, kompetensi SDM dengan mengirim dokter Orthopaedi untuk melanjutkan pendidikan dan promosi layanan melalui media sosial.

Indikator Kinerja :

15) Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS

Definisi Operasional :

Pelayanan Unggulan Rawat Jalan atau Rawat Inap Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik Terpadu agar dapat menurunkan Warga Negara Indonesia (WNI) yang berobat ke luar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di RS Fatmawati.

Formula Perhitungan :

Item yang memenuhi kriteria yang ditetapkan untuk pelayanan Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik Terpadu.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS	1 Layanan	1 Layanan	100%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 43. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS sebesar 1 (satu) layanan dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 1 (satu) layanan dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS	100%	1 Layanan

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 44. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 1 layanan.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS sebagai berikut :

- Pada Tahun 2023 RS Fatmawati mulai melakukan pengembangan layanan Orthopaedi sebagai layanan unggulan yang ditetapkan yaitu Orthopaedi program Fatmawati Orthopaedi Center (FOC) dengan cara bayar tunai dan layanan yang kembangkan layanan eksekutif (VVIP).
- Untuk publikasi layanan Orthopaedi dengan mensosialisasikan melalui media social dan pengiriman dokter-dokter Orthopaedi di RS Fatmawati sebagai pembicara.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di RS dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Perlu adanya upaya pemenuhan sarana prasarana khususnya kamar VVIP untuk layanan unggulan Orthopaedi dan Rehabilitasi Medik.

Indikator Kinerja :

16) Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Urologi (KJSU)

Definisi Operasional :

Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas KJSU dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal.

- a) Kanker : Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal tanpa Komplikasi 5 hari.
- b) Jantung : Terapi Fibrinolitik: “*Door to Needle*” ≤ 30 menit.
- c) Stroke : Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay (LOS)* < 7 hari.
- d) Urologi : Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis dalam 1 X 24 jam.
- e) KIA : 1. Kemampuan Menangani BLSR 1000 - < 1500 gram.
2. Kejadian Kematian Ibu karena Pre Eklampsia /Eklampsia di rumah sakit.

Formula Perhitungan :

- a) Kanker : > 80%
- b) Jantung : > 80%
- c) Stroke : > 80%
- d) Uronefrologi : > 80%
- e) KIA : 1. > 80%
2. < 30%

(Sesuai Kamus Indikator Rumah Sakit Vertikal).

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU)	1 Indikator Tercapai setiap Layanan	1 Indikator Tercapai setiap Layanan	100%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 45. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU) Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU) sebesar 1 (satu) indikator tercapai setiap layanan dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 1 (satu) indikator tercapai setiap layanan dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Lain	Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Urologi (KJSU)	100%	1 Indikator Tercapai setiap Layanan

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 46. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Urologi (KJSU)

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 1 indikator tercapai setiap layanan.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Urologi (KJSU) merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi

kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU) sebagai berikut :

- Layanan prioritas Kanker dengan indikator Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal tanpa Komplikasi 5 hari. Rata-rata realisasi adalah 97,05%. Hal ini didukung dengan perawatan dan pemantauan pasca operasi yang adekuat sehingga pasien dapat dipulangkan dalam 5 hari perawatan.
- Layanan prioritas Jantung dengan indikator Terapi Fibrinolitik: “*Door to Needle*” ≤ 30 menit. Rata-rata realisasi pada semester 2 Tahun 2023 adalah 90% dari target 80%. Tercapainya target indikator klinis ini didukung oleh dokter dan perawat di IGD yang telah terlatih dalam penegakan diagnosis dan tatalaksana STEMI, serta kecepatan dokter jaga IGD dalam melakukan konsultasi kepada dokter spesialis jantung.
- Layanan prioritas Stroke dengan indikator Pasien Stroke Iskemik dengan *Length of Stay (LOS)* < 7 hari. Rata-rata realisasi pada smester 2 Tahun 2023 adalah 80,4% dari target 80%. Hal ini didukung dengan telah diaktifkannya Tim *Code Stroke* di IGD untuk memberikan terapi trombolisis segera pada pasien Stroke Iskemik sehingga perbaikan klinis lebih cepat dicapai dan dapat menurunkan lama perawatan.
- Layanan prioritas Uronefrologi dengan indikator Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis dalam 1 X 24 jam dengan rata-rata realisasi pada semester 2 Tahun 2023 adalah 100% dari target $\geq 80\%$. Hal ini didukung dengan tersedianya layanan HD CITO dengan jumlah *bed* yang memadai serta adanya indikator kinerja Unit

Dialisis yang menyebutkan bahwa pasien yang diinstruksikan untuk HD CITO harus dilakukan HD CITO dalam < 3 jam.

- Layanan prioritas KIA dengan indikator Kejadian Kematian Ibu karena Pre Eklampsia/Eklampsia di Rumah Sakit dengan rata-rata realisasi pada semester 2 Tahun 2023 adalah 0% dari target capaian < 30%. Hal ini didukung dengan tersedianya layanan PONEK dengan bidan-bidan terlatih serta dokter spesialis kebidanan dan kandungan jaga *onsite* di IGD maupun VK. Sistem rujukan juga sudah semakin baik melalui SPGDT sehingga pasien dapat dirujuk dalam keadaan stabil dengan telah diberikan tatalaksana awal untuk Pre Eklampsia/Eklampsia.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke, dan Uronefrologi (KJSU) dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- RS Fatmawati harus selalu mempersiapkan sarana prasarana dan SDM sesuai kompetensi layanan prioritas untuk menunjang pelayanan sehingga target yang telah tercapai dapat dipertahankan;
- Mengusulkan untuk pembuatan media edukasi bagi keluarga pasien dengan STEMI agar mudah dipahami sehingga cepat dalam memberikan persetujuan tindakan;
- Mengingatkan kembali kepada DPJP untuk kepatuhan *visite* dan pengisian resume medis rawat inap pada H-1 kepulangan pasien agar pasien yang direncanakan pulang dan kondisinya stabil dapat langsung dipulangkan pada hari berikutnya.

d. Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian

Indikator Kinerja :

17) Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

Definisi Operasional :

Persentase kunjungan pasien VVIP di RS Vertikal.

Formula Perhitungan :

Selisih(jumlah pasien VVIP tahun berjalan dikurangi

$$\frac{\text{jumlah pasien VVIP tahun sebelumnya}}{\text{Jumlah total pasien VVIP tahun sebelumnya}} \times 100\%$$

Jumlah total pasien VVIP tahun sebelumnya

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Pelatihan	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	29,17%	291,7%

Sumber Data : Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Tabel 47. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP sebesar 29,17% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 10% dengan capaian sebesar 291,7%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Pelatihan	Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	291,7%	10%

Sumber Data : Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat

Tabel 48. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 291,7% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 10%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP sebagai berikut :

- Berdasarkan laporan kunjungan pasien VVIP di pelayanan unggulan di Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif Griya Husada, pelayanan Rawat Inap Gedung Anggrek dan Gedung Prof. Dr. Soelarto pada Tahun 2023 mencapai hasil realisasi 29,17%. Berdasarkan data diatas capaian indikator sebesar 291,70% dari target yang ditetapkan sebesar 10%, hal ini terjadi karena jumlah pasien VVIP yang dilayani di RS Fatmawati berdasarkan cara bayar tunai dan asuransi. Persentase meningkat dibandingkan jumlah pasien VVIP di Tahun 2022. Indikator ini mendukung pelayanan unggulan di RS Fatmawati dan berdasarkan hasil capaian tersebut diharapkan meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit yang memiliki komitmen untuk terus memberikan kepada setiap pasien, memastikan agar mereka mendapatkan perawatan yang berkualitas tinggi.
- Keberhasilan pencapaian indikator disebabkan peningkatan jumlah layanan pada pasien VVIP di Tahun 2023 serta perubahan pada definisi operasional sesuai *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yaitu : Persentase Kunjungan Pasien VVIP di RS Vertikal dan formula perhitungan : Jumlah kunjungan pasien VVIP dibagi jumlah total kunjungan pasien di RS Vertikal dikali 100%. Formula tersebut tidak relevan dengan kondisi di RS Fatmawati dengan ketersediaan 1 ruang rawat VVIP. Berdasarkan hal tersebut kondisi ini telah dilakukan koordinasi dengan ketua Tim Perencanaan dan Evaluasi Pelaporan Pelayanan Kesehatan, definisi dan formula perhitungan disesuaikan dengan kondisi satuan kerja masing-masing, maka untuk formula perhitungan di RS Fatmawati adalah : Selisih jumlah pasien VVIP Tahun berjalan dikurangi jumlah pasien tahun

sebelumnya dibagi jumlah pasien VVIP tahun sebelumnya dan periode pelaporan indikator adalah satu tahun sehingga hasil realisasi dapat optimal dan terlihat hasil peningkatannya.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Meningkatkan kepuasan pelanggan terhadap pelanggan yang menggunakan pelayanan eksekutif di pelayanan unggulan agar pelanggan mendapatkan pelayanan yang prima selama berada di RS Fatmawati agar pengalaman yang lebih baik dapat menjadi rumah sakit pilihan.
- Menciptakan sistem pemesanan dan penjadwalan yang efisien untuk pasien sehingga mereka tidak perlu menunggu terlalu lama dengan antrian panjang.
- Melatih staf secara khusus untuk melayani pasien dengan keahlian dan pengetahuan yang mendalam tentang kebutuhan dan preferensi pasien. Hal ini termasuk memberikan pelatihan tentang kerahasiaan dan kerahasiaan informasi pasien.
- Meningkatkan aksesibilitas rumah sakit untuk pasien dengan menyediakan fasilitas parkir khusus, layanan transportasi atau bantuan untuk mengatur akomodasi bagi pasien dan keluarga pasien yang menggunakan layanan eksekutif.
- Menerima umpan balik dari pasien yang menggunakan layanan eksekutif secara teratur untuk mengevaluasi dan meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan. Hal ini juga dapat membantu untuk lebih memahami kebutuhan dan harapan pasien dan mengatasi keluhan atau masalah yang mungkin timbul.

Indikator Kinerja :

18) Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice*

Definisi Operasional :

Jumlah penelitian RS yang dilakukan staf RS Fatmawati atau merupakan kolaborasi/kerjasama dengan institusi lain yang bermanfaat sebagai *evidence based PPK*, upaya kendali mutu, kendali biaya RS, dan manfaat lainnya.

Formula Perhitungan :

Jumlah penelitian yang dilaksanakan di RS Fatmawati dengan menggunakan anggaran hibah RS maupun kerjasama dengan RS lain.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Pelatihan	Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	35 Penelitian	58 Penelitian	165,71%

Sumber Data : Tim Kerja Penelitian

Tabel 49. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice* Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice* sebesar 58 penelitian dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 35 penelitian dengan capaian sebesar 165,71%.

b) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TAHUN 2022			TAHUN 2023		
		T	R	C	T	R	C
Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Pelatihan	Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	33	36	109,09%	35	58	165,71%
Keterangan : T : Target R : Realisasi C : Capaian							

Sumber Data : Tim Kerja Penelitian

Tabel 50. Perbandingan Realisasi Indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice* Tahun 2022 dan Tahun 2023

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati pada Tahun 2022 sebesar 36 penelitian dari target yang ditetapkan yakni sebesar 33 penelitian sehingga hasil capaian sebesar 109,09%.
- Realisasi indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice* pada Tahun 2023 sebesar 58 penelitian dari target yang ditetapkan yakni sebesar 35 penelitian, hal ini mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2022.

c) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2022	TARGET 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Pelatihan	Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	33 Penelitian	35 Penelitian	37 Penelitian

Sumber Data : Tim Kerja Penelitian

Tabel 51. Perbandingan Target Indikator Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice* pada Tahun 2022, 2023, dan Tahun 2024

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Jumlah Penelitian Rumah Sakit yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice* sebagai berikut:

- Meningkatkan motivasi SDM rumah sakit dengan adanya dana hibah penelitian;
- Adanya kerjasama dengan institusi pendidikan dan perusahaan lain dalam penelitian kolaborasi;
- Kebutuhan SDM difasilitasi dengan adanya pengembangan pengetahuan melalui pelatihan terkait penelitian.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Jumlah Penelitian Rumah Sakit yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi *Evidence Based Practice* dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Perlu mempertahankan kegiatan pengembangan penelitian yang berkelanjutan dalam bentuk hibah atau *reward* untuk meningkatkan motivasi SDM rumah sakit agar ikut berperan serta aktif melakukan penelitian;

- Memperluas kerjasama dengan institusi atau pihak ketiga untuk penelitian kolaborasi;
- Monitoring dan evaluasi penelitian yang sedang berlangsung berkoordinasi dengan Komite Etik Penelitian dan Instalasi Pengelolaan Inovasi dan Hak Kekayaan Intelektual (IPIKI) terkait Hak atas Kekayaan Intelektual (HAKI).

e. Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator Kinerja :

19) Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal

Definisi Operasional :

Persentase kasus rujukan melalui SISRUITE yang memiliki *response time* kurang dari 1 (satu) jam.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah kasus yang memiliki } response\ time \text{ kurang dari 1 jam}}{\text{Jumlah total kasus yang ditindaklanjuti}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	70,63%	83,10%

Sumber Data : Instalasi Gawat Darurat

Tabel 52. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal sebesar 70,63% dan tidak mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 85% dengan capaian sebesar 83,10%.

b) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TAHUN 2022			TAHUN 2023		
		T	R	C	T	R	C
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	70%	72,47%	103,52%	85%	70,63%	83,10%
Keterangan : T : Target R : Realisasi C : Capaian							

Sumber Data : Instalasi Gawat Darurat

Tabel 53. Perbandingan Realisasi Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal Tahun 2022 dan Tahun 2023

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal pada Tahun 2022 sebesar 72,47% dari target yang ditetapkan yakni sebesar 70% sehingga hasil capaian sebesar 103,52%.
- Realisasi indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal pada Tahun 2023 sebesar 70,63% dari target yang ditetapkan yakni sebesar 80%, hal ini mengalami penurunan jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2022.

- c) **Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2022	TARGET 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	70%	85%	100%

Sumber Data : Instalasi Gawat Darurat

Tabel 54. Perbandingan Target Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal pada Tahun 2022, 2023, dan 2024

- d) **Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal sebagai berikut :

- Sistem aplikasi SISRUTE yang tidak dapat *standby* sehingga aplikasi selalu *log out* bila aplikasi tidak digunakan;
- Tenaga SPGDT kurang untuk merespon rujukan yang diterima melalui SISRUTE dalam waktu kurang dari 1 jam;
- Pemanfaatan rujukan melalui SISRUTE kurang efektif digunakan dibandingkan dengan sistem rujukan yang lain.

- e) **Rekomendasi**

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Berkoordinasi dengan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan terkait masalah aplikasi SISRUTE.
- Mengusulkan penambahan tenaga SPGDT untuk dapat merespon rujukan yang diterima melalui SISRUTE.

Indikator Kinerja :

20) Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu *Visite* Dokter untuk Pasien Rawat Inap

Definisi Operasional :

- a) Ketepatan Waktu Pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai dengan jam buka pelayanan poliklinik (KSM) yaitu pukul 08.00 WIB.
- b) Tenaga Medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.
- c) Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.
- d) Waktu *visite* dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. *Visite* yang dihitung adalah *visite* yang dilakukan pada hari kerja pada pukul 06.00 – 14.00 WIB.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan}}{\text{Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

- a) **Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%	84,46%	105,57%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 55. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu *Visite* Dokter untuk Pasien Rawat Inap Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu *Visite* Dokter untuk Pasien Rawat Inap sebesar 84,46% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar $\geq 80\%$ dengan capaian sebesar 105,57%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap	105,57%	$\geq 80\%$

Sumber Data : *Tim Kerja Pelayanan Medik*

Tabel 56. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu *Visite* Dokter untuk Pasien Rawat Inap

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 105,57% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar $\geq 80\%$.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselarskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu *Visite* Dokter untuk Pasien

Rawat Inap merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan realisasi kinerja dengan realisasi kinerja di level nasional

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu <i>Visite</i> Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%	84,46%	≥ 80%	84,46%
Capaian	105,57%		105,57%	

Tabel 57. Perbandingan Realisasi Kinerja Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu *Visite* Dokter untuk Pasien Rawat Inap Tahun 2023 di Level Nasional

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional dan target PK tahun 2023 adalah sama yaitu sebesar 105,57% lebih tinggi kedua target yang ditetapkan.
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu *Visite* Dokter untuk Pasien Rawat Inap sebagai berikut :

- Dalam menjalankan tugas pelayanan di poliklinik, seorang dokter diharapkan dapat mengatur waktunya sedemikian rupa agar tetap dapat menjalankan tugas-tugas lainnya selain di poliklinik seperti pelayanan operasi, tindakan, penunjang maupun *visite* di ruang rawat biasa maupun di ruang rawat *intensive*.
- Dengan makin banyaknya pasien, maka tugas dokter akan semakin membutuhkan waktu yang lebih banyak agar dapat menerapkan keselamatan pasien.
- Dengan adanya penilaian waktu *visite* yaitu antara jam 06.00 – 12.00 WIB, maka tugas poliklinik akan disesuaikan dengan tugas dokter lainnya. Hal ini yang menjadi keberhasilan dokter dalam memenuhi ketepatan waktu baik di poliklinik maupun *visite* di ruang perawatan.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu *Visite* Dokter untuk Pasien Rawat Inap dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Memperbaiki jadwal praktik dokter yang fix (pasti);
- Dokter dalam melakukan *visite* hendaknya di pagi hari sebelum atau sesudah jadwal poliklinik;
- Dalam memenuhi undangan rapat koordinasi berdasarkan prioritas dan apabila tidak memungkinkan hadir, dapat diwakili anggota KSM lainnya.

Indikator Kinerja :

21) Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal

Definisi Operasional :

Selisih *Net Death Rate (NDR)* RS Fatmawati tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Selisih NDR tahun berjalan}}{\text{NDR tahun sebelumnya}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal	< 2,5%	- 0,30%	100%

Sumber Data : Instalasi Rekam Medik

Tabel 58. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal sebesar – 0,30% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar < 2,5% dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal	100%	< 2,5%

Sumber Data : Instalasi Rekam Medik

Tabel 59. Perbandingan Target Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal Tahun 2023 dan Tahun 2024

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar < 2,5%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal sebagai berikut :

- Sistem rujukan berjenjang sudah terimplementasi;
- Mutu layanan meningkat sehingga dapat menurunkan angka kematian di rumah sakit.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Indikator Persentase Penurunan Jumlah Kematian di RS Vertikal dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Berkoordinasi dengan satuan kerja terkait untuk meningkatkan mutu pelayanan sehingga pasien keluar hidup meningkat dan menekan angka kematian;
- Dibuat tabel pemantauan risiko atau mitigasi risiko periodik.

Indikator Kinerja :

22) Waktu Tanggap Operasi *Sectio Caesarea* Darurat dalam waktu ≤ 30 menit

Definisi Operasional :

Sectio Caesarea (SC) kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.

SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolapse tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/forsep, Rupture Uteri Imminent (RUI) dan ruptur uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif.

Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC *Emergency* juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan janin (*Immediate Threat for Life*) yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS.

Formula Perhitungan :

Jumlah kasus SC *Emergency* kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) X 100%
Total penanganan kasus SC *Emergency* kategori 1 (selama 1 tahun) di RS. Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam waktu ≤ 30 menit	$\geq 80\%$	100%	125%

Sumber Data : Instalasi Bedah Sentral

Tabel 60. Perbandingan target dan Realisasi Indikator Waktu Tanggap Operasi *Sectio Caesarea* dalam waktu ≤ 30 menit Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Waktu Tanggap Operasi *Sectio Caesarea* Darurat dalam waktu ≤ 30 menit Tahun 2023 sebesar 100% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 80% dengan capaian sebesar 125%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam waktu ≤ 30 menit	125%	$\geq 80\%$

Sumber Data : Instalasi Bedah Sentral

Tabel 61. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Waktu Tanggap Operasi *Sectio Caesarea* Darurat dalam waktu ≤ 30 menit

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 125% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar $\geq 80\%$.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Waktu Tanggap Operasi *Sectio Caesarea* Darurat dalam waktu ≤ 30 menit merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam waktu ≤ 30 menit	$\geq 80\%$	100%	$\geq 80\%$	100%
Capaian	125%		125%	

Tabel 62. Perbandingan Realisasi Kinerja Waktu Tanggap Operasi *Sectio Caesarea* Darurat dalam waktu ≤ 30 menit Tahun 2023 di Level Nasional

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional dan target PK tahun 2023 adalah sama yaitu sebesar 125% lebih tinggi kedua target yang ditetapkan.

- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Waktu Tanggap Operasi *Sectio Caesarea* Darurat dalam waktu ≤ 30 menit sebagai berikut :

- Difasilitasinya kamar operasi *hybrid*, yaitu kamar operasi yang bisa diatur tekanan suhu udara ruangnya menjadi positif atau negatif sesuai kebutuhan. Diantaranya tindakan *Sectio Caesarea Emergency* yang perlu percepatan dengan standar *response time* ≤ 30 menit sehingga tindakan dilakukan tanpa skrining.
- Komitmen yang tinggi dari Tim *SC Emergency* RS Fatmawati.
- Komunikasi antar Tim *SC Emergency* yang efektif.
- Manajemen IBS berkoordinasi secara intens dengan farmasi BMHP dan CSSD terkait fasilitas linen dan *instrument* steril.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Indikator Waktu Tanggap Operasi *Sectio Caesarea* Darurat dalam waktu ≤ 30 menit dilakukan langkah - langkah sebagai berikut :

- Kamar operasi *SC Emergency* satu gedung atau berdekatan dengan IGD agar *response time* tindakan *SC Emergency* lebih optimal.

Indikator Kinerja :

23) Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan

Definisi Operasional :

Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan.

Formula Perhitungan :

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

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan	2 Kali	2 Kali	100%

Sumber Data : Komite Medik

Tabel 63. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan sebesar 2 kali dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 2 kali dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan	100%	2 Kali

Sumber Data : Komite Medik

Tabel 64. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 2 kali.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas dimasing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan sebagai berikut :

- Adanya koordinasi yang baik antara Komite Medik dengan KSM terkait dalam pelaksanaan audit medis 9 kasus layanan prioritas.
- Adanya kriteria kasus yang akan di audit sudah ditetapkan secara jelas oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Rujukan.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Indikator Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit setiap 6 bulan dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Akan dilakukan reaudit pada 6 bulan berikutnya, untuk menilai apakah rekomendasi dari hasil audit medis telah dijalankan sehingga dapat memberikan perbaikan yang diharapkan.
- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala pelaksanaan audit medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas.
- Mengadakan rapat koordinasi dengan seluruh KSM terkait tindak lanjut hasil rekomendasi dan evaluasi pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas.

Indikator Kinerja :

24) Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Definisi Operasional :

Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan.

Formula Perhitungan :

Jumlah pelaporan 13 INM setiap bulan (Januari sampai dengan Desember).

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	12 Laporan	100%

Sumber Data : Komite Mutu Rumah Sakit

Tabel 65. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator sebesar 12 laporan dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 12 laporan dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	100%	12 Laporan

Sumber Data : Komite Mutu Rumah Sakit

Tabel 66. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 12 laporan.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan

dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional/Internasional dengan RS Persahabatan (RS UPT vertikal dengan kategori yang sama dengan RS Fatmawati)

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	CAPAIAN
Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	12 Laporan	100%

Tabel 67. Perbandingan Capaian Kinerja Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Hasil *benchmarking* indikator ini baik RS Fatmawati maupun RSUP Persahabatan sudah mencapai 100% karena terkumpulnya laporan INM setiap bulan dari Januari – Desember. Pengumpulan data INM setiap bulan di RS Fatmawati dilaporkan oleh setiap PIC indikator yang ditetapkan dan dilaporkan oleh Komite Mutu RS secara berkala kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan RI.

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator Tahun 2023 sebagai berikut :

- Kepatuhan rumah sakit menjalankan program mutu nasional sudah dilaksanakan dengan baik terbukti dengan telah dilakukan monitoring dan evaluasi serta mengirim laporan tepat waktu ke Kementerian Kesehatan.

- Hasil capaian program mutu nasional belum semua mencapai sesuai standar, namun nilai kekurangan tidak terlalu signifikan.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Indikator Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Nilai standar yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan mungkin bisa dipertimbangkan berdasarkan hasil evaluasi dari hasil capaian seluruh RS Vertikal agar lebih rasional.
- Upaya perbaikan untuk pelayanan rawat jalan harus dilakukan secara komprehensif. Kebijakan pelayanan di rawat jalan termasuk utility maksimal dari setiap kubikel harus diterapkan. Pengawasan terhadap budaya disiplin harus dibantu dengan IT dan penilaian kinerja sebaiknya berbasis bukti yang autentik.

Indikator Kinerja :

25) Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Definisi Operasional :

Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel *Never Event*/Nihil.

Formula Perhitungan :

Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan *Never Event*/Nihil setiap bulan (Januari sampai dengan Desember).

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan	12 Laporan	100%

Sumber Data : Komite Mutu Rumah Sakit

Tabel 68. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol sebesar 12 laporan dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 12 laporan dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	100%	12 Laporan

Sumber Data : Komite Mutu Rumah Sakit

Tabel 69. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 12 laporan.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional/Internasional dengan RSUP Persahabatan (RS UPT vertikal dengan kategori yang sama dengan RS Fatmawati)

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	CAPAIAN
Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan	12 Laporan	100%

Tabel 70. Perbandingan Realisasi Kinerja Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Hasil *benchmarking* indikator ini baik RS Fatmawati maupun RSUP Persahabatan dan RS Fatmawati sudah mencapai 100% karena terkumpulnya laporan ini setiap bulan dari Januari – Desember. Tercapainya laporan Insiden Keselamatan Pasien

setiap bulan mewujudkan kepatuhan penerapan Standar Keselamatan Pasien untuk meningkatkan mutu.

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol Tahun 2023 sebagai berikut:

- Kepatuhan rumah sakit dalam menerapkan SP2KPRS sudah berjalan, terbukti dari setiap bulan telah mengirim laporan melalui aplikasi mutu fasyankes untuk insiden KTD dan sentinel.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Indikator Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan Target Kejadian Sentinel Nol dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Meningkatkan pengawasan terhadap kinerja dan kompetensi dari PPA;
- Memenuhi sarana dan prasarana pendukung;
- Melakukan pelatihan secara berkala juga simulasi untuk kedaruratan diruang rawat non intensif;
- Melakukan transformasi budaya khususnya budaya *teamwork* dan kepedulian;
- Penerapan SP2KPRS yang sudah baik untuk terus dijaga dan dipertahankan;
- Hasil rekomendasi dari RCA yang dilakukan bila terjadi sentinel untuk dipantau ketat implementasinya dan umpan balik hasil monitoring dan evaluasi sesegera mungkin dibicarakan dengan semua pihak agar menjadi kewaspadaan berikutnya dalam pelaksanaan pelayanan yang diberikan.

Indikator Kinerja :

26) Kepatuhan Kebersihan Tangan

Definisi Operasional :

Merujuk pada Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan :

- a) Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*Alcoholbased Handrubs*) dengan kandungan alkohol 60 – 80% bila tangan tidak tampak kotor.
- b) Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi *World Health of Organization (WHO)*.
- c) Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.
- d) Lima indikasi (*Five Moments*) kebersihan tangan terdiri dari :
 - Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan, dan sebelum menyiapkan makan pasien.
 - Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.
 - Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik (contoh : pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, *suctioning*, pemberian suntikan, dan lain-lain).
 - Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril, dan setelah melepas Alat Pelindung Diri (APD).
 - Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas

- menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, (meliputi : menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien).
- Peluang adalah periode di antara indikasi dimana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.
 - Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.
 - Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
 - Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.
 - *Observer* adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan *metode* dan *tool* yang telah ditentukan.
 - 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.
 - Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).
 - Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.
 - Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	80,86%	89,84%

Sumber Data : Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Tabel 71. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indicator Kepatuhan Kebersihan Tangan sebesar 80,86% dan tidak mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar ≥ 90% dengan capaian sebesar 89,84%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Kebersihan Tangan	89,84%	≥ 90%

Sumber Data : Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Tabel 72. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 89,84% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar $\geq 90\%$.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Kepatuhan Kebersihan Tangan merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja RS Fatmawati di Level Nasional/Internasional

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Kepatuhan Kebersihan Tangan	$\geq 85\%$	80,86%	$\geq 90\%$	80,86%
Capaian	95,13%		89,84%	

Tabel 73. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023 RS Fatmawati di Level Nasional/Internasional

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional sebesar 95,13% lebih tinggi dari capaian indikator sesuai target yang ditetapkan dalam RSB dan Perjanjian Kinerja Tahun 2023.
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Tujuan dari Kepatuhan Kebersihan Tangan yaitu mengukur kepatuhan pemberi layanan kesehatan sebagai dasar untuk memperbaiki dan meningkatkan kepatuhan agar dapat menjamin keselamatan petugas dan pasien dengan cara mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan. Dari grafik dibawah terlihat realisasi untuk RS Fatmawati belum mencapai target dari indikator ini yaitu sebesar 80,86%, sedangkan RSUP Persahabatan sudah melebihi target yaitu sebesar 91,67%. Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan kebersihan tangan di RSUP Persahabatan yaitu dengan pemasangan *sticker 5 (five) moment hand hygiene*, sosialisasi, dan evaluasi kepatuhan kebersihan tangan bagi mahasiswa dan pegawai.

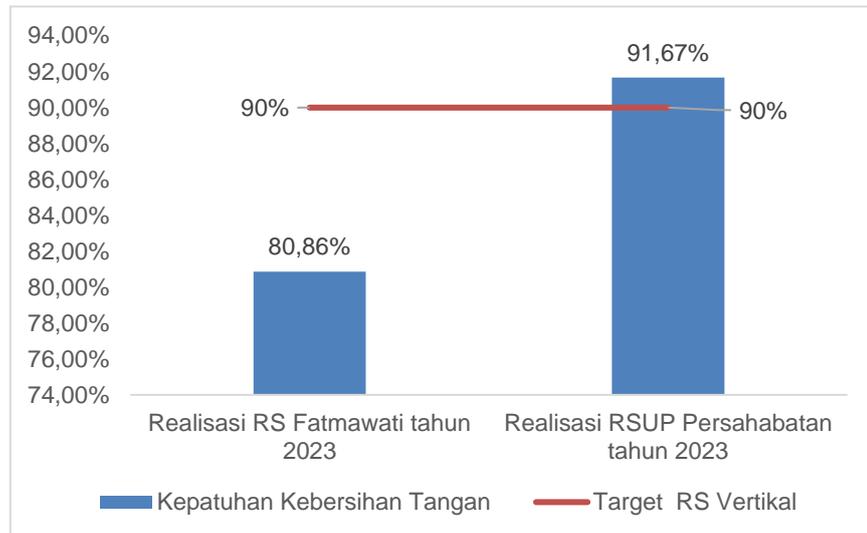


Diagram 4. Perbandingan Capaian Kinerja Keptuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

f) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Keptuhan Kebersihan Tangan Tahun 2023 sebagai berikut :

- Dalam uraian tugas satker pelayanan tidak tercantum dan tidak dibebankan untuk menjalankan pelayanan pasien sesuai dengan kaidah PPI.
- Fasilitas *Hand Hygiene* kurang dan tidak tersedia secara terus menerus.
- Tidak ada monitoring dan evaluasi dari satker pelayanan.

g) Rekomendasi

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan Indikator Keptuhan Kebersihan Tangan dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Mengusulkan agar kaidah PPI diterapkan oleh satker dalam pelayanan pasien dan mencantumkan implementasi PPI dalam uraian tugas satker pelayanan.
- Pemenuhan sarana dan prasarana *hand hygiene* (surat sudah disampaikan ke Plt. Direktur Utama bulan Oktober 2023 dan

sudah diturunkan sampai ke Direktur Layanan Operasional dan Manajer Tim Kerja Tata Usaha & Rumah Tangga).

- Untuk menjamin kualitas mutu *handrub* dan tersedianya *handrub* di setiap tempat tidur pasien secara kontinyu, sebaiknya rumah sakit membeli *handrub* yang sudah jadi/pabrikan.

Indikator Kinerja :

27) Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Definisi Operasional :

Merujuk pada Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan :

- a) 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.
- b) Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membrane mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risik transmisi (kontak, *droplet*, dan *airborne*).
- c) Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi yang tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.
- d) Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD (contoh : dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium).
- e) *Observer* adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.
- f) Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$$

Sesuai indikasi dalam periode observasi

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	100%	100%

Sumber Data : Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Tabel 74. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) sebesar 100% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	100%

Sumber Data : Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Tabel 75. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 100%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional/Internasional dengan RSUP Persahabatan (RS UPT Vertikal dengan kategori yang sama dengan RS Fatmawati)

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	100%	100%	100%	100%
Capaian	100%		100%	

Tabel 76. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional dan target dalam PK Tahun 2023 sama yaitu sebesar 100%
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Dit.Jen Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Untuk Kepatuhan Penggunaan APD terlihat dari grafik RS Fatmawati mencapai target 100%, sementara RSUP Persahabatan mencapai 99,54%. Realisasi indikator kepatuhan penggunaan APD telah mencapai target hal ini dipengaruhi oleh faktor setiap orang takut terpapar penyakit sehingga selalu menggunakan APD bila ada risiko paparan dan APD selau tersedia terutama sarung tangan dan masker di area pelayanan pasien di rumah sakit.

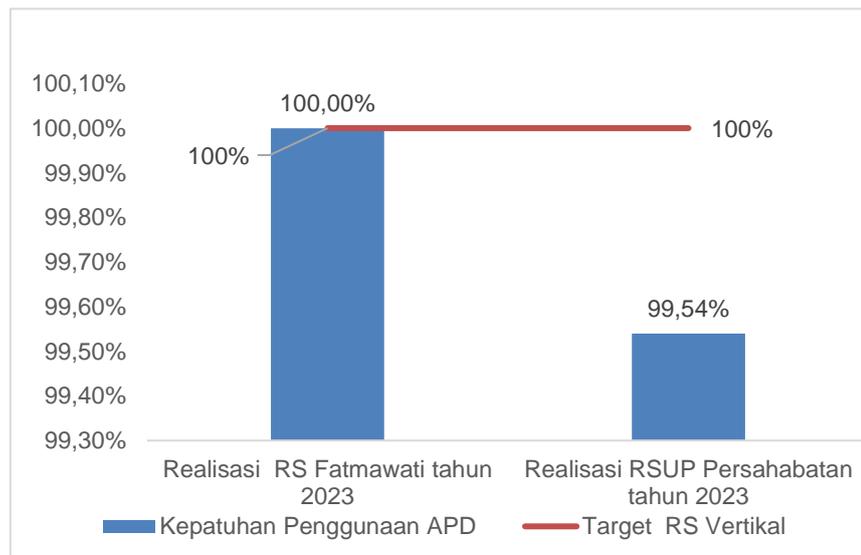


Diagram 5. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

f) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Tahun 2023 sebagai berikut :

- Setiap orang takut terpapar sehingga selalu menggunakan APD bila ada risiko paparan.
- APD selalu tersedia terutama sarung tangan dan masker.

g) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Indikator Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Selalu monitoring dan evaluasi penggunaan APD;
- Petunjuk penggunaan APD sesuai indikasi selalu tersedia;
- Sarana APD selalu tersedia.

Indikator Kinerja :

28) Kepatuhan Identifikasi Pasien

Definisi Operasional :

Merujuk pada Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan :

- a) Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.
- b) 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 ditetapkan di rumah sakit.
- c) Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).
- d) Pemberi pelayanan melakukan identifikasi secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :

- Pemberi pengobatan : pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberi darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.
 - Prosedur tindakan : tindakan operasi atau tindakan invasive lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.
 - Prosedur diagnostik : pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.
 - Kondisi tertentu : pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sara, bayi kembar.
- e) Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan Identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	99,05%	99,05%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Keperawatan

Tabel 77. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien sebesar 99,05% dan tidak mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 99,05%.

- b) **Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Identifikasi Pasien	99,05%	100%

Sumber Data : *Tim Kerja Pelayanan Keperawatan*

Tabel 78. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 99,05% dan belum mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 100%.

- c) **Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir**

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi

kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional/Internasional dengan RSUP Persahabatan (RS UPT vertikal dengan kategori yang sama dengan RS Fatmawati)

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	99,05%	100%	99,05%
Capaian	99,05%		99,05%	

Tabel 79. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023 di Level Nasional/Internasional

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional dan target dalam PK Tahun 2023 sama yaitu sebesar 99,05% dan belum mencapai target yang telah ditetapkan.
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Kepatuhan Identifikasi Pasien untuk Tahun 2023 realisasi RS Fatmawati mencapai 99,05% dan RSUP Persahabatan mencapai 99,64%, namun keduanya belum mencapai target 100%. Langkah perbaikan yang perlu dilakukan yaitu melakukan sosialisasi rutin kepada setiap petugas untuk melaksanakan identifikasi pasien minimal menggunakan 2 identitas.

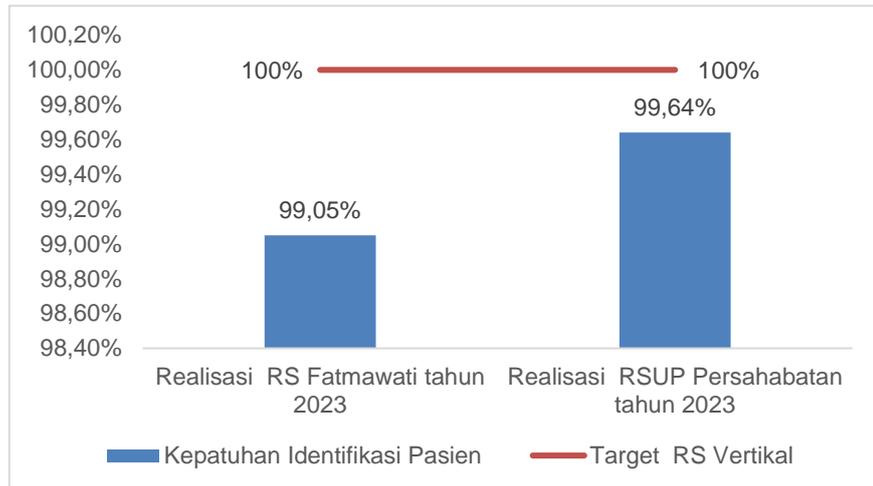


Diagram 6. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

f) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien Tahun 2023 sebagai berikut :

- Ketidakpatuhan petugas dalam melakukan identifikasi pasien.

g) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Indikator Kepatuhan Identifikasi Pasien dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Melakukan sosialisasi kepada seluruh petugas terkait kepatuhan identifikasi pasien secara periodik.
- Melakukan monitoring dan evaluasi oleh Tim Kerja Pelayanan Keperawatan secara berkala terkait kepatuhan identifikasi pasien.
- Memberikan *reward* dan *punishment* kepada satuan kerja yang patuh melakukan identifikasi pasien.

Indikator Kinerja :

29) Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Definisi Operasional :

Merujuk pada Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan :

- a) Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.
- b) 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.
- c) Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{Jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	99,62%	99,62%

Sumber Data : Instalasi Laboratorium

Tabel 80. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023 sebesar 99,62% dan tidak mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 99,62%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	99,62%	100%

Sumber Data : Instalasi Laboratorium

Tabel 81. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 99,62% dan belum mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 100%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselarskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal

tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional/Internasional dengan RSUP Persahabatan (RS UPT vertikal dengan kategori yang sama dengan RS Fatmawati)

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	99,62%	100%	99,62%
Capaian	99,62%		99,62%	

Tabel 82. Perbandingan Realisasi Kinerja Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023 RS Fatmawati di Level Nasional/Internasional

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional dan target dalam PK Tahun 2023 sama yaitu sebesar 99,62% dan belum mencapai target yang telah ditetapkan.
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium dari perbandingan grafik terlihat RS Fatmawati belum mencapai target dan RSUP Persahabatan sudah mencapai target 100%. RS Fatmawati belum memenuhi target 100% dikarenakan kesulitan menghubungi petugas jaga ruang rawat untuk melaporkan hasil

nilai kritis dan kesulitan tersebut kebanyakan terjadi pada *shift* jaga dinas malam.

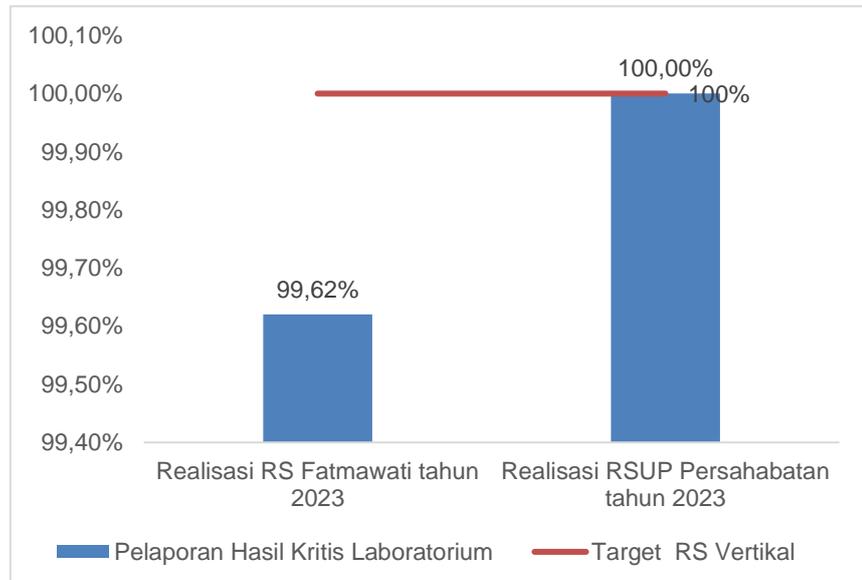


Diagram 7. Perbandingan Capaian Kinerja Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

f) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium Tahun 2023 sebagai berikut :

- Kesulitan menghubungi petugas jaga ruang rawat untuk melaporkan hasil nilai kritis.
- Kesulitan tersebut kebanyakan terjadi pada *shift* jaga dinas malam.
- Rerata hasil nilai kritis yang tidak dilaporkan sebanyak 6 kasus (0,48%) sedangkan rerata hasil nilai kritis yang dilaporkan adalah sebesar 99,62%.

g) Rekomendasi

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan Indikator Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Pelaporan nilai kritis tetap dilakukan walaupun sudah melewati batas waktu yang ditentukan.
- Pelaporan tersebut dilanjutkan ke *shift* jaga dinas berikutnya apabila belum terlaporkan pada saat berakhirnya *shift* jaga dinas.
- Pelaporan nilai kritis dilaporkan ke *duty nurse* yang bertugas pada *shift* jaga dinas apabila ruang rawat tetap tidak dapat dihubungi.

Indikator Kinerja :

30) Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)

Definisi Operasional :

Merujuk pada Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan :

- a) Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
- b) Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional adalah persepsan obat (R/: *recipe* dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.

Formula Perhitungan :

Jumlah R/*recipe* dalam lembar resep yang
sesuai dengan Formularium Nasional (FORNAS) X 100%
Jumlah R/*recipe* dalam lembar resep yang diobservasi

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	≥ 90%	90,56%	100,62%

Sumber Data : Instalasi Farmasi

Tabel 83. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) Tahun 2023 sebesar 90,56% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar ≥ 90% dengan capaian sebesar 100,62%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	100,62%	≥ 90%

Sumber Data : Instalasi Farmasi

Tabel 84. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100,62% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar $\geq 90\%$.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional/Internasional dengan RSUP Persahabatan (RS UPT vertikal dengan kategori yang sama dengan RS Fatmawati)

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)	$\geq 80\%$	90,56%	$\geq 90\%$	90,56%
Capaian	113,20%		100,62%	

Tabel 85. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional sebesar 113,20% lebih tinggi jika dibandingkan dengan capaian sesuai target dalam PK Tahun 2023.
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional baik RS Fatmawati maupun RSUP Persahabatan dalam realisasinya sudah mencapai bahkan melebihi dari target. Tercapainya indikator mewujudkan efisiensi pelayanan obat kepada pasien berdasarkan daftar ditetapkan secara nasional.

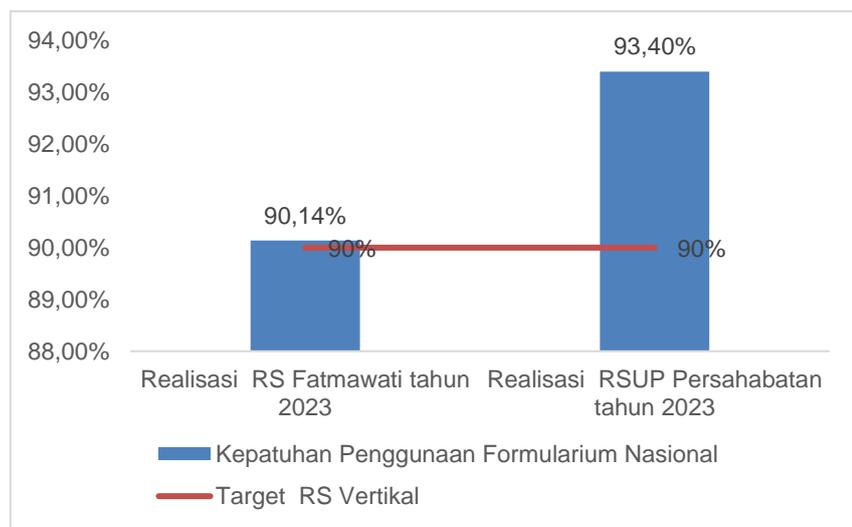


Diagram 8. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

f) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) Tahun 2023 sebagai berikut :

- Kepatuhan dokter dalam menggunakan obat formularium nasional (FORNAS).
- Ketersediaan obat formularium nasional (FORNAS) yang di resepkan di rumah sakit.
- Dokter menuliskan resep obat formularium nasional (FORNAS) pada pasien JKN sesuai restriksi.

g) Rekomendasi

Upaya memperbaiki keberhasilan Indikator Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS) dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Sosialisasi obat formularium nasional (FORNAS) kepada dokter.
- Aplikasi SIMGOS mampu memfasilitasi peresepan pasien JKN hanya obat formularium nasional (FORNAS) sesuai restriksi.
- Kepastian adanya ketersediaan obat formularium nasional (FORNAS) di rumah sakit.
- Monitoring dan evaluasi secara berkala penggunaan obat formularium nasional (FORNAS) di rumah sakit.

Indikator Kinerja :

31) Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Definisi Operasional :

Merujuk pada Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan :

- a) Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi :
 - *Assessment* awal risiko jatuh
 - *Assessment* ulang risiko jatuh
 - Intervensi pencegahan risiko jatuh
- b) Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

- a) **Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	95,73%	95,73%

Sumber Data : Komite Keperawatan

Tabel 86. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Kepatuhan Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023 sebesar 95,73% dan tidak mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 95,73%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	95,73%	100%

Sumber Data : Komite Keperawatan

Tabel 87. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 95,73% dan belum mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 100%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB

tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional/Internasional dengan RSUP Persahabatan (RS UPT vertikal dengan kategori yang sama dengan RS Fatmawati)

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	95,73%	100%	95,73%
Capaian	95,73%		95,73%	

Tabel 88. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional sebesar 95,73% lebih tinggi jika dibandingkan dengan capaian sesuai target dalam PK Tahun 2023.
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh, capaian RS Fatmawati dan RSUP Persahabatan belum mencapai target. Capaian belum mencapai 100% karena kekurangpatuhan petugas dalam memasang kancing kuning

tanda risiko jatuh di gelang identitas pasien, keterbatasan tanda segitiga risiko jatuh di ruang rawat inap, keterbatasan ketersediaan keset anti slip di depan kamar mandi pasien, dokumentasi edukasi pasien jatuh belum terintegrasi dalam aplikasi SIMGOS, edukasi dan tindakan pencegahan pasien jatuh agar ditingkatkan kepatuhan pemenuhan standar pencegahan pasien jatuh.



Diagram 9. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

f) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh Tahun 2023 sebagai berikut :

- Kekurangpatuhan petugas dalam memasang kancing kuning tanda risiko jatuh di gelang identitas pasien;
- Keterbatasan tanda segitiga risiko jatuh di ruang rawat inap;
- Keterbatasan ketersediaan keset anti slip di depan kamar mandi pasien;
- Dokumentasi edukasi pasien jatuh belum terintegrasi dalam aplikasi SIMGOS;
- Edukasi dan tindakan pencegahan pasien jatuh agar ditingkatkan kepatuhan pemenuhan standar pencegahan pasien jatuh.

g) Rekomendasi

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan Indikator Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Internalisasi pelaksanaan pemasangan kancing kuning tanda risiko jatuh di gelang identitas pasien kepada petugas di ruang rawat oleh komite keperawatan;
- Melengkapi fasilitas tanda segitiga risiko jatuh di setiap ruang rawat inap;
- Mengusulkan integrasi aplikasi SIMGOS terkait dokumentasi edukasi pasien jatuh;
- Pemberian asuhan keperawatan pada pasien risiko tinggi jatuh perlu dilakukan internalisasi pada proses asesmen ulang dilaksanakan per *shift* dan didokumentasikan pada rekam medis elektronik (RME);
- Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait topik pencegahan jatuh perlu ditingkatkan pendokumentasiannya pada RME dan ditambahkan tanda tangan pasien di RME;
- Peningkatan kepatuhan pemasangan kancing kuning risiko jatuh dan *sign* segitiga risiko jatuh;
- Penyediaan *sign* risiko tinggi jatuh untuk ruangan yang masih kurang persediaannya;
- Untuk pencegahan jatuh diperlukan fasilitas keset anti slip di kamar mandi pasien dan lantai dipertahankan kering;
- Untuk meningkatkan kepatuhan evaluasi perkembangan pasien risiko tinggi jatuh perlu dilakukan *mentorship* dari perawat klinis (PK) level di atasnya.

f. Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS

Indikator Kinerja :

32) Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya

Definisi Operasional :

Jumlah SDM layanan unggulan yang ditingkatkan kompetensinya.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah SDM layanan unggulan yang mengikuti diklat}}{\text{Jumlah SDM layanan unggulan yang harus ditingkatkan kompetensinya}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	98%	100%	102,4%

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 89. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi sebesar 100% dan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 98% dengan capaian sebesar 102,4%.

b) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TAHUN 2022			TAHUN 2023		
		T	R	C	T	R	C
Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	96%	97%	101,04%	98%	100%	102,4%

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 90. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya pada Tahun 2022 dan Tahun 2023

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2022 sebesar 97% dari target sebesar 96% sehingga hasil capaian sebesar 101,04%.
- Realisasi Tahun 2023 mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2022.

- c) **Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2022	TARGET 2023	TARGET 2024
Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	96%	98%	100%

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 91. Perbandingan Target Indikator Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya Tahun 2022, 2023, dan 2024

- d) **Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya sebagai berikut:

- Adanya pengembangan layanan orthopaedi eksekutif, menuntut adanya peningkatan kompetensi bagi tenaga kesehatan di rumah sakit.

- e) **Rekomendasi**

Upaya mempertahankan keberhasilan Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia melakukan koordinasi secara rutin dengan kepala satuan kerja agar segera mengajukan pelatihan guna pemerataan kesempatan pelatihan pada stafnya;
- Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia memberikan pemahaman pada kepala satuan kerja, untuk mengikuti kegiatan pengembangan kompetensi, tidak hanya melalui pelatihan klasikal tetapi juga pelatihan dengan metode lainnya;

- Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia melakukan koordinasi internal dengan Tim Kerja Pendidikan dan Pelatihan terkait pemenuhan kebutuhan pelatihan hasilnya dilaporkan ke Tim Kerja Organisasi dan SDM.

Indikator Kinerja :

33) Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan

Definisi Operasional :

Jumlah SDM layanan unggulan yang terpenuhi.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah SDM layanan unggulan yang terpenuhi}}{\text{Jumlah kebutuhan SDM layanan unggulan}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan	93%	100%	107,53%

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 92. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan Tahun 2023 sebesar 100% dan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 93% dengan capaian sebesar 107,53%.

b) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TAHUN 2022			TAHUN 2023		
		T	R	C	T	R	C

Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan	92%	96,51%	104,90%	93%	100%	107,53%
--	---	-----	--------	---------	-----	------	---------

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 93. Perbandingan Realisasi dan Capaian Indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan Tahun 2022 dan 2023

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2022 sebesar 96,51% dari target sebesar 92% sehingga hasil capaian sebesar 104,90%.
- Realisasi Tahun 2023 mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2022.

c) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2022	TARGET 2023	TARGET 2024
Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan	92%	93%	95%

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 94. Perbandingan Target Indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan Tahun 2022, 2023, dan 2024

d) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan sebagai berikut :

- Target Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan pada Semester II Tahun 2023 sebesar 93%;
- Realisasi pemenuhan kebutuhan tenaga Tahun 2023 terpenuhi 100% dengan capaian 108% dari target 93%.

e) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Peningkatan kompetensi SDM layanan unggulan pada Tahun 2024.

g. Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang Terintegrasi

Indikator Kinerja :

34) Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi *Surveillans* berbasis Digital

Definisi Operasional :

Rumah sakit yang telah terintegrasi dalam sistem informasi *surveillans* berbasis digital.

Formula Perhitungan :

Jumlah sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi dengan sistem *surveillans*.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang Terintegrasi	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi <i>Surveillans</i> berbasis Digital	1 Sistem	1 Sistem	100%

Sumber Data : Instalasi Sistem Informasi Manajemen RS (ISIMRS)

Tabel 95. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi *Surveillans* berbasis Digital Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi *Surveillans* berbasis

Digital Tahun 2023 sebesar 1 sistem dan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 1 sistem dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang Terintegrasi	Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi <i>Surveillans</i> berbasis Digital	100%	1 Sistem

Sumber Data : Instalasi Sistem Informasi Manajemen RS (ISIMRS)
Tabel 96. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi *Surveillans* berbasis Digital

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 1 sistem.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselarskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Terselenggaranya Integrasi Sistem

Informasi *Surveillans* berbasis Digital merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Indikator Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi *Surveillans* berbasis Digital baik RS Fatmawati maupun RSUP Persahabatan sudah memiliki sistem ini, yang mana sistem *surveillans* RS terintegrasi dengan Kementerian Kesehatan RI yaitu implementasi aplikasi telah adanya integrasi sistem terkait pelaporan TB dari Kementerian Kesehatan dengan seluruh rumah sakit vertikal. Definisi operasional indikator adalah rumah sakit yang telah terintegrasi dalam sistem informasi *surveillans* berbasis digital. Di RS sistem *surveillans* integrasi adalah aplikasi SI TB, yang telah dimanfaatkan sebagai pelaporan pasien TB di RS.

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi *Surveillans* berbasis Digital sebagai berikut :

- Telah adanya integrasi sistem terkait pelaporan TB dari Kementerian Kesehatan dengan seluruh rumah sakit vertikal;
- Telah adanya kebijakan wajib lapor pasien terdiagnosa TB dalam aplikasi SITB yang diimplementasikan dengan baik.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi *Surveillans* berbasis Digital dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Memperluas cakupan pelaporan *surveillans* terpadu di rumah sakit selain kasus TB;
- Melakukan pengembangan sistem aplikasi yang dapat mendukung pelaporan *surveillans* di rumah sakit.

Indikator Kinerja :

35) Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi

Definisi Operasional :

Persentase pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (RME) pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Pelaksanaan RME pada layanan yang tercapai}}{\text{Seluruh target pelayanan pelaksanaan RME yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) **Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
-------------------	-----------	-------------	-----------	---------

Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang Terintegrasi	Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi	100%	100%	100%
--	--	------	------	------

Sumber Data : Instalasi Sistem Informasi Manajemen RS (ISIMRS)

Tabel 97. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi sebesar 100% dan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 100% dengan capaian sebesar 100%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang Terintegrasi	Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi	100%	100%

Sumber Data : Instalasi Sistem Informasi Manajemen RS (ISIMRS)

Tabel 98. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 100% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 100%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Formula dari indikator ini yaitu : Jumlah RME seluruh layanan yang telah diimplementasikan dibagi Jumlah RME seluruh layanan dikali 100%. Indikator ini RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan sudah mencapai 100%.

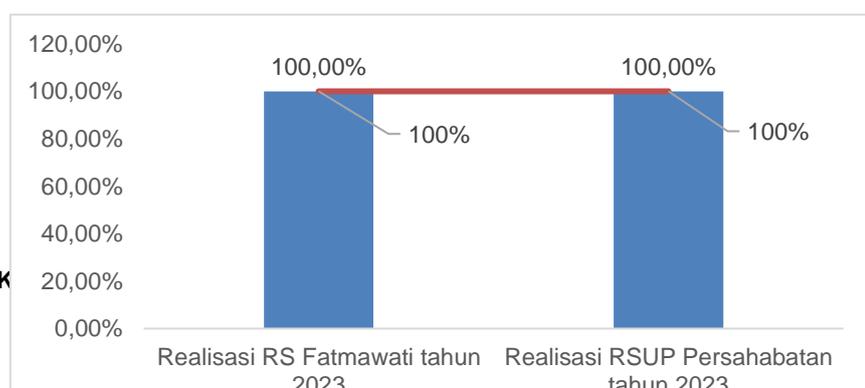


Diagram 10. Perbandingan Realisasi Kinerja Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi sebagai berikut :

- Komitmen seluruh manajemen dan staf rumah sakit untuk mengimplementasi rekam medis elektronik dan mengembangkannya sesuai prosedur;
- Kerja sama lintas satker dan penyedia jasa teknologi informasi yang memiliki kapasitas dalam digitalisasi hasil pemeriksaan penunjang menjadi informasi yang terintegrasi;
- Tersedianya anggaran yang mendukung implementasi rekam medis elektronik di rumah sakit.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Ketersediaan infrastruktur dan perangkat keras yang adekuat untuk pengembangan rekam medis elektronik di seluruh pelayanan;

- Ketersediaan SDM yang sesuai dengan kebutuhan pengembangan RME;
- Komitmen seluruh *stakeholders* untuk melaksanakan RME terintegrasi di seluruh pelayanan.

h. Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS

Indikator Kinerja :

36) Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar

Definisi Operasional :

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.

Formula Perhitungan :

- Persen Pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P), dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi Standar Acuan dikali 100%.
- Persen Prasarana dan Alat Kesehatan :
Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi Jumlah Alat Wajib Kalibrasi dikali 100%.
- Menghitung hasil akhir / Persentase.

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar	95%	98,49%	103,68%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Penunjang, Tim Kerja Tata Usaha & Rumah Tangga, dan Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana RS

Tabel 99. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar sebesar 98,49% dan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 95% dengan capaian sebesar 103,68%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar	98,49%	98%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Penunjang, Tim Kerja Tata Usaha & Rumah Tangga, dan Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana RS

Tabel 100. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 98,49% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 98%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar

merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Formula Penghitungan indikator ini yaitu :

$(\text{Jumlah sarpras dan alkes di RS (sarana (S) + prasarana (P) + alat kesehatan (A)) : standar acuan} \times 100\%) + (\text{Jumlah alat yang dikalibrasi (medik dan non medik) : jumlah alat yang harus dikalibrasi (medik dan non medik)} \times 100\%) : 2.$

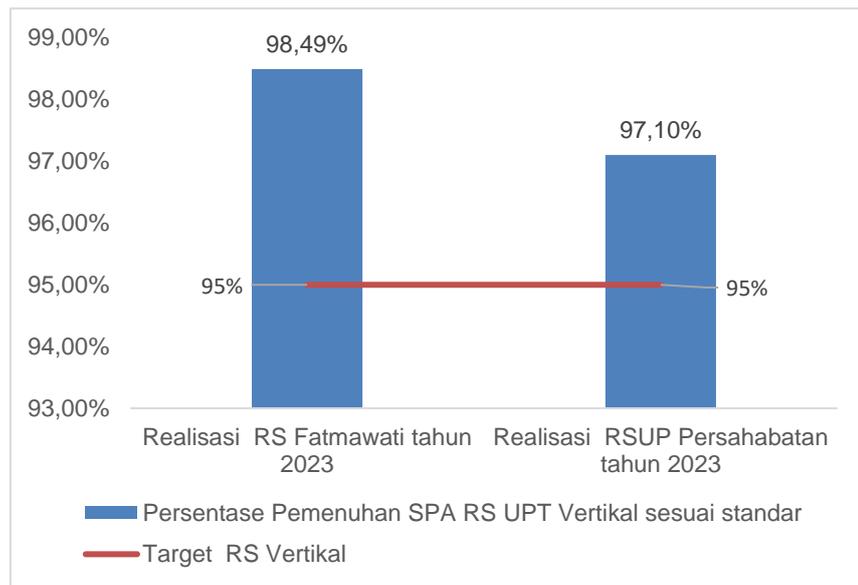


Diagram 11. Perbandingan Capaian Kinerja Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Berdasarkan grafik diatas dapat kita lihat bahwa realisasi indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai Standar untuk realisasi RS Fatmawati lebih tinggi dibandingkan dengan realisasi RSUP Persahabatan, walau secara target sudah tercapai.

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar adalah untuk pemenuhan alat medik yang belum terealisasi pada Tahun 2023 akan direncanakan ke dalam inventarisasi pemenuhan alkes Tahun 2024.

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar sebagai berikut :

- Dari 35 item dengan total 95 unit yang telah direncanakan Tahun 2023, Alat Kesehatan (Alkes) yang terealisasi adalah 34 item dengan 92 unit alkes untuk pengembangan layanan prioritas.
- Terdapat 1 item (bedsite monitor 7 parameter) yang tidak terealisasi. Hal ini disebabkan karena alat medik tersebut indent dan tidak dapat terpenuhi sampai dengan akhir Tahun 2023. Untuk pemenuhannya, akan dialihkan ke Tahun 2024. Sehingga, realisasi pemenuhan alat medik yang mengaju kepada pengembangan layanan prioritas Tahun 2023 sebesar 97% dengan capaian 102%.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Untuk pemenuhan alat medik yang belum terealisasi pada Tahun 2023 akan direncanakan ke dalam inventarisasi pemenuhan alkes Tahun 2024.

Indikator Kinerja :

37) Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar

Definisi Operasional :

- a) Fasilitas Parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.
- b) 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.
- c) Untuk hal-hal tertentu, bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.
- d) Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.
- e) RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.
- f) Zona untuk Rawat Jalan : 06.30 – 19.00 WIB.
- g) Pembayaran *Cashless* adalah sistem pembayaran tanpa uang tunai.
- h) Tersedia tempat khusus untuk *pick up* dan *drop off* yang nyaman.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar}}{\text{Jumlah kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%	89,30%	127,57%

Sumber Data : Tim Kerja Tata Usaha & Rumah Tangga

Tabel 101. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar sebesar 89,30% dan

telah mencapai target yang ditetapkan sebesar 70% dengan capaian sebesar 127,57%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	127,57%	80%

Sumber Data : Tim Kerja Tata Usaha & Rumah Tangga

Tabel 102. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 127,57% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 80%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana srategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi

kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RS Persahabatan

Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. RSUP Persahabatan dan RS Fatmawati dalam realisasinya sudah memenuhi target bahkan melebihi dari target. Rumah sakit yang terus menerus memantau penggunaan fasilitas parkir dan merespon perubahan kebutuhan dengan peningkatan atau penyesuaian. Dengan salah satu faktor ini rumah sakit dapat mencapai ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar, menciptakan lingkungan yang lebih efisien, serta nyaman bagi pasien, staf dan pengunjung.

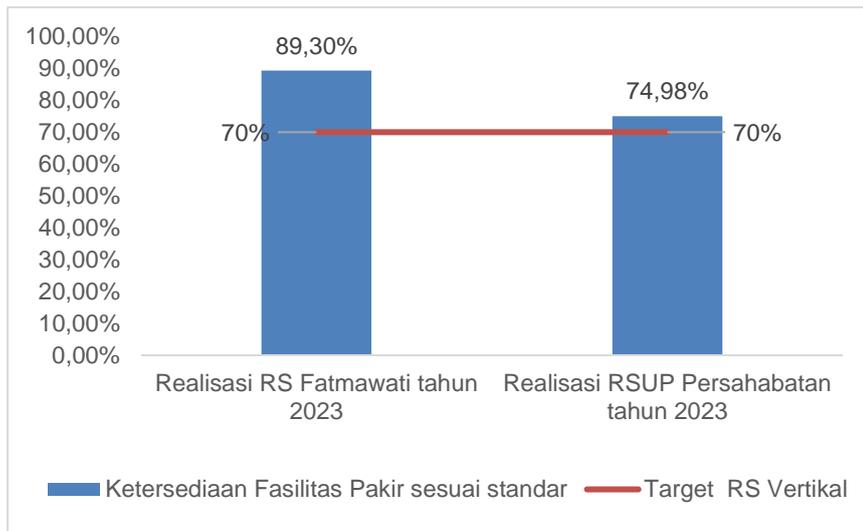


Diagram 12. Perbandingan Capaian Kinerja Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai standar Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

e) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar sebagai berikut :

- Lahan RS Fatmawati seluas 13 hektar dan adanya penambahan jalan lingkaran luar seluas 8.520 m², sehingga

masih terdapat lahan terbuka yang dapat dimanfaatkan sebagai lahan parkir;

- Pengelolaan parkir dilakukan dengan mitra melalui kerjasama operasional perparkiran;
- Zona untuk rawat jalan dibuka pukul 06.30 – 19.00 WIB;
- Dapat menggunakan pembayaran secara *cashless*;
- Tersedia tempat khusus *pick up* dan *drop off* yang nyaman;
- Tersedia *vallet* parkir khusus untuk pengunjung layanan eksekutif griya husada.

f) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Pemeliharaan area parkir dan jalan di lingkungan RS Fatmawati;
- Perbaikan rambu-rambu dan penunjuk arah;
- Pengawasan dan pengaturan oleh petugas parkir;
- Rambu-rambu dan petunjuk jalan atau lokasi parkir sesuai kebutuhan.

i. Terwujudnya Sistem Tata Kelola yang Baik

Indikator Kinerja :

38) Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Definisi Operasional :

Merujuk pada Permenkes No. 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu (INM) Pelayanan Kesehatan.

- a) *Clinical Pathway (CP)* adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan, dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.

- b) Kepatuhan terhadap *clinical pathway* adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan *clinical pathway* yang ditetapkan rumah sakit.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
Terwujudnya Sistem Tata Kelola yang Baik	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥ 85%	93,77%	110,31%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 103. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) sebesar 93,77% dan telah mencapai target yang ditetapkan sebesar ≥ 85% dengan capaian sebesar 110,31%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Sistem Tata Kelola yang Baik	Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	110,31%	≥ 85%

Sumber Data : Tim Kerja Pelayanan Medik

Tabel 104. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 110,31% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar $\geq 85\%$.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) sesuai Standar merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Membandingkan Realisasi Kinerja dengan Realisasi Kinerja di Level Nasional/Internasional dengan RSUP Persahabatan (RS UPT vertikal dengan kategori yang sama dengan RS Fatmawati)

INDIKATOR	TARGET NASIONAL	REALISASI	TARGET DALAM PK 2023	REALISASI
Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	$\geq 80\%$	93,77%	$\geq 85\%$	93,77%
Capaian	117,21%		110,31%	

Tabel 105. Perbandingan Realisasi Kinerja Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian indikator jika dibandingkan dengan target nasional sebesar 117,21% lebih tinggi jika dibandingkan dengan capaian sesuai target dalam PK Tahun 2023 sebesar 110,31% dan telah mencapai target yang ditetapkan.
- Target dalam PK Tahun 2023 merupakan target mandatory dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan berdasarkan Surat Pengantar Indikator Kinerja Kegiatan UPT Vertikal TA 2023 Nomor: PR.03.02/D.I/1306/2023 tanggal 7 Februari 2023.

e) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Clinical Pathway adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Realisasi RS Fatmawati maupun RSUP Persahabatan sudah melebihi dari target 85%.

Tercapainya indikator Kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) bertujuan untuk memberikan asuhan klinis pasien secara terstandarisasi dan terintegrasi sehingga dapat meminimalkan adanya variasi proses asuhan klinis dan menurunkan biaya.

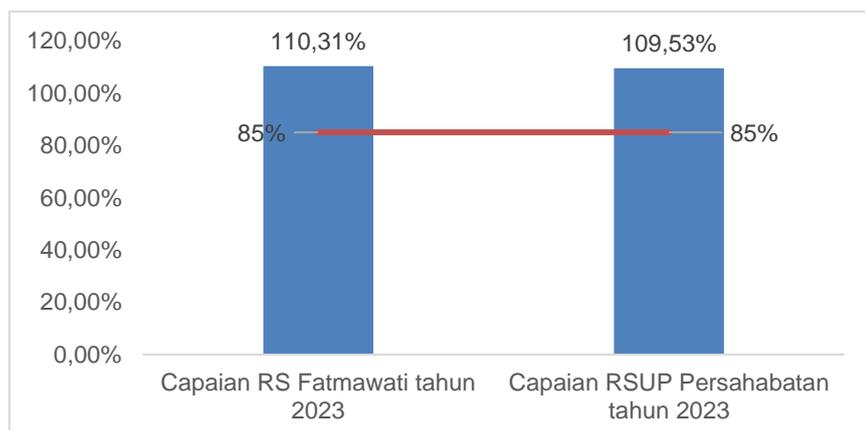


Diagram 13. Perbandingan Capaian Kinerja Kepatuhan Alur Klinis (*Clinical Pathway*) Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

f) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) sebagai berikut:

- Pada capaian Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) dalam periode pelaksanaan Tahun 2023 dengan target $\geq 85\%$ telah tercapai melebihi target. Namun demikian, capaian ini tetap harus dipertahankan dan terus diperbaiki alur klinisnya untuk mendapatkan layanan pasien yang lebih terjaga mutu layanannya dengan mengutamakan keselamatan pasien maupun optimalisasi sumber daya yang digunakan.
- Penerapan *Clinical Pathway* sebagai panduan dalam pelaksanaan layanan kesehatan dokter (DPJP) kepada pasien merupakan hal yang wajib dilaksanakan. Hal ini untuk mengupayakan agar dalam memberikan asuhan medis, dokter maupun asuhan keperawatan oleh perawat serta tenaga kesehatan lainnya yang secara berkolaborasi melaksanakan sesuai kompetensi dan kewenangan sesuai profesi.
- Selain untuk menjadi panduan, *Clinical Pathway* merupakan upaya efisiensi dari penggunaan sumber daya agar yang diberikan kepada pasien adalah tepat guna, tepat sasaran, dan bermanfaat untuk keselamatan pasien.
- Pelaksanaan pemantauan *Clinical Pathway* selama ini dilakukan kepada pasien yang sesuai diagnosis CP sejak masuk perawatan hingga pasien selesai dirawat dari beberapa pemantauan pasien yang tidak terlalu banyak komorbid, akan dapat diberlakukan dalam penilaian CP ini apabila ada ketidaksesuaian maka akan selalu dibicarakan kepada DPJP dan di cari tahu permasalahannya.

g) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Kepatuhan terhadap Alur Klinis (*Clinical Pathway*) dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Pemantauan alur klinis ini sangat bermanfaat agar pelayanan asuhan medik oleh DPJP, asuhan keperawatan oleh perawat maupun asuhan tenaga medis lainnya dapat tetap terjaga mutu dan mengutamakan keselamatan pasien agar bisa sembuh sesuai dengan Panduan Praktik Klinik yang berlaku.

Indikator Kinerja :

39) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksaan Keuangan yang telah tuntas ditindaklanjuti

Definisi Operasional :

Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kementerian Kesehatan dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.

Formula Perhitungan :

$$\frac{\text{Jumlah rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti}}{\text{Jumlah rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK}} \times 100\%$$

Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023	REALISASI	CAPAIAN
-------------------	-----------	-------------	-----------	---------

Terwujudnya Sistem Tata Kelola yang Baik	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	87,50%	94,59%
--	--	-------	--------	--------

Sumber Data : Satuan Pengendalian Internal

Tabel 106. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebesar 87,50% dan tidak mencapai target yang ditetapkan sebesar 92,5% dengan capaian sebesar 94,59%.

b) Membandingkan realisasi kinerja sampai dengan tahun ini dengan target jangka menengah yang terdapat dalam dokumen perencanaan strategis organisasi

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	CAPAIAN 2023	TARGET 2024
Terwujudnya Sistem Tata Kelola yang Baik	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	94,59%	92,5%

Sumber Data : Satuan Pengendalian Internal

Tabel 107. Perbandingan Realisasi Kinerja dengan Target Jangka Menengah Indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan analisa data diatas dapat disimpulkan :

- Capaian kinerja Tahun 2023 sebesar 94,59% dan sudah mencapai target yang ditetapkan;
- Target Tahun 2024 sebesar 92,5%.

c) Membandingkan antara realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun ini dengan tahun lalu dan beberapa tahun terakhir

Rencana strategis Bisnis RS Fatmawati 2020 - 2024 yang sebelumnya belum memuat rencana strategis dan perubahan kegiatan prioritas, sehingga perlu menyusun RSB Revisi 2020 - 2024 dengan memperhatikan perkembangan internal maupun eksternal rumah sakit. Serangkaian strategi harus dikembangkan dengan mengacu kepada data yang akurat dan diselaraskan dengan visi dan misi Kementerian Kesehatan. Dalam RSB 2020 - 2024 Revisi kedua ini indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan merupakan indikator *mandatory* dari Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan untuk dicantumkan dalam RSB tersebut dan merupakan indikator baru dalam RSB, berdasarkan hal tersebut indikator tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

d) Benchmarking Capaian Kinerja RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

Rekomendasi hasil pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam laporan hasil pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam hasil pemantauan semester (HAPSEM) BPK. Dalam hal ini RS Fatmawati belum mencapai target yang telah ditetapkan. Ketidaktercapaian target tersebut di sebabkan karena tindak lanjut rekomendasi hasil temuan BPK masih tergantung pada keputusan pembayaran dari PT. POBA yang belum dapat terrealisasi, karena perusahaan tersebut sudah bangkrut dan hasil temuan BPK tersebut merupakan hasil audit dari tahun sebelumnya karena LHP BPK baru diterbitkan setelah laporan tahunan BPK selesai.

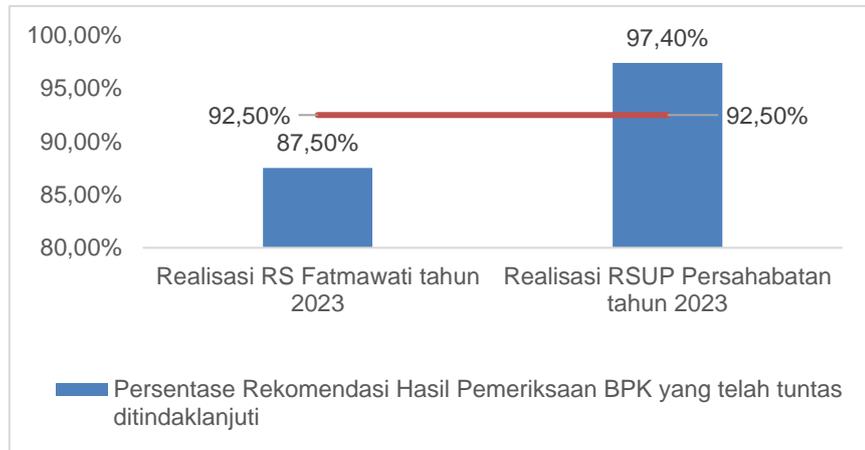


Diagram 14. Perbandingan Capaian Kinerja Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah ditindaklanjuti Tahun 2023 RS Fatmawati dengan RSUP Persahabatan

e) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sebagai berikut :

- Tindak lanjut rekomendasi hasil temuan BPK masih tergantung pada keputusan pembayaran dari PT. POBA yang belum dapat terealisasi, karena perusahaan tersebut sudah bangkrut.
- Hasil temuan BPK tersebut merupakan hasil audit dari tahun sebelumnya karena LHP BPK baru diterbitkan setelah laporan tahunan BPK selesai.

f) Rekomendasi

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Monitoring tindak lanjut hasil temuan BPK dengan Inspektorat Jenderal Kementerian Kesehatan.
- Melengkapi dokumentasi tindak lanjut hasil temuan BPK.

B. SUMBER DAYA

1. Sumber Daya Manusia

Sumber Daya Manusia di RS Fatmawati per 31 Desember 2023 sejumlah 2.398 orang pegawai, dengan kriteria kepegawaian sebagai berikut :

STATUS KEPEGAWAIAN	JENIS TENAGA	JENIS TENAGA	JUMLAH JAN 2023	PENSIUN	PENGADAAN	MENGUNDURKAN DIRI/ MENINGGAL DUNIA	JUMLAH DES 2023
ASN	NON MEDIS/ ADMINISTRASI	TENAGA NON MEDIS	384	29		3	354
	BIDAN	BIDAN	35	1			35
	PERAWAT	PERAWAT	651	20		3	832
	TENAGA KESEHATAN LAIN	TENAGA KESEHATAN LAIN	303	11		1	323
	TENAGA MEDIS	DOKTER GIGI SPESIALIS	11				11
		DOKTER GIGI UMUM	1				1
		DOKTER SPESIALIS	92	3			103
		DOKTER SPESIALIS KONSULTAN	92	2		2	80
	DOKTER UMUM	38	1		1	35	
NON ASN	NON MEDIS/ ADMINISTRASI	TENAGA NON MEDIS	221	2	8	3	230
	BIDAN	BIDAN	12				10
	PERAWAT	PERAWAT	290	1	123	14	199
	TENAGA KESEHATAN LAIN	TENAGA KESEHATAN LAIN	104		64	8	124
	TENAGA MEDIS	DOKTER GIGI SPESIALIS					
		DOKTER GIGI UMUM					
		DOKTER SPESIALIS	24		15		33
		DOKTER SPESIALIS KONSULTAN	7	2	8		12
	DOKTER UMUM	14		8	3	16	
GRAND TOTAL			2279	72	226	38	2398

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan Sumber Daya Manusia

Tabel 108. Data SDM RS Fatmawati per 31 Desember 2023

Berdasarkan tabel diatas jumlah pegawai RS Fatmawati awal Tahun 2023 sebanyak 2.398 orang, terdapat penambahan dan pengurangan jumlah pegawai selama Tahun 2023 dikarenakan penambahan pengadaan kebutuhan SDM dan pengurangan karena pegawai pensiun, mutasi eksternal, meninggal dan mengundurkan diri, sehingga pada akhir Tahun 2023 jumlah pegawai di RS Fatmawati berjumlah 2.398 orang.

a) SDM berdasarkan Status Kepegawaian

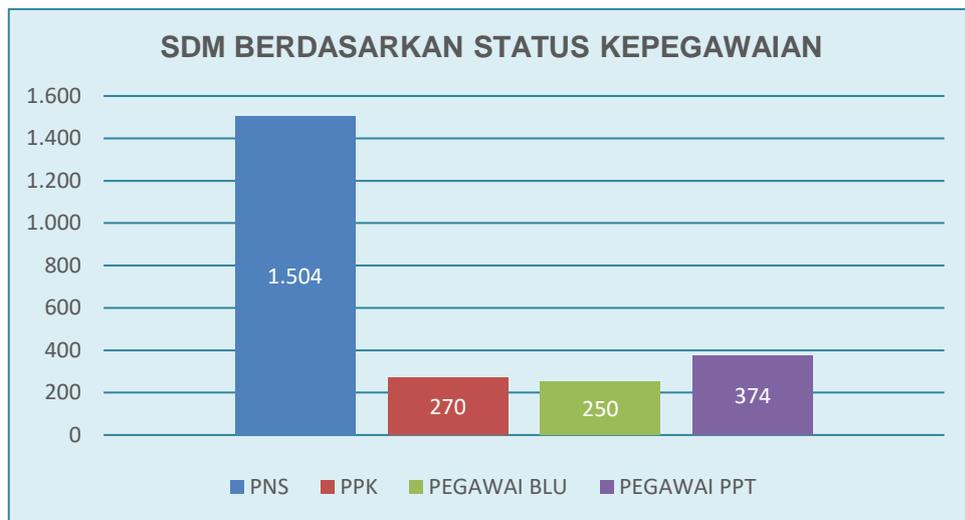


Diagram 15. SDM RS Fatmawati berdasarkan Status Kepegawaian Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas, jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian jumlah PNS terdiri dari ASN dan NON ASN sebanyak 2.398 orang dengan rincian SDM dengan status PNS sebanyak 1.774 orang terdiri dari 1.504 orang dan PPPK sebanyak 270 orang, SDM dengan status non ASN sebanyak 624 orang yang terdiri dari pegawai BLU sebanyak 250 orang dan pegawai PTT sebanyak 374 orang.

b) SDM berdasarkan Jenis Pendidikan

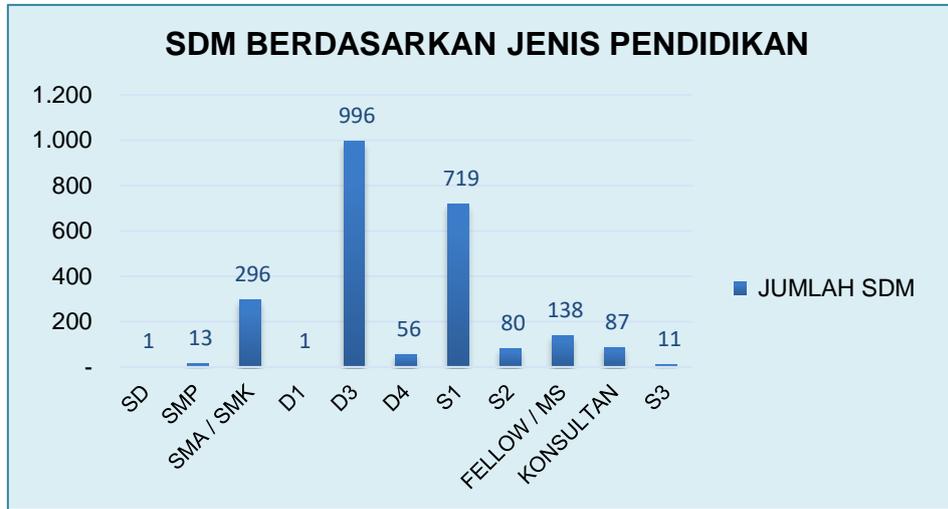


Diagram 16. SDM RS Fatmawati berdasarkan Jenis Pendidikan Tahun 2023

Berdasarkan grafik diatas SDM berdasarkan jenis pendidikan per 31 Desember 2023 sebanyak 2.398 orang dengan rincian sebagai berikut : Pendidikan SD sebanyak 1 orang, SMP sebanyak 13 orang, SMA/SMK sebanyak 296 orang, D1 sebanyak 1 orang, D3 sebanyak 996 orang, D4 sebanyak 56 orang, S1 sebanyak 719 orang, S2 sebanyak 80 orang, Fellow/MS sebanyak 138 orang, Konsultan sebanyak 87 orang, dan S3 sebanyak 11 orang.

c) Jumlah SDM berdasarkan Golongan

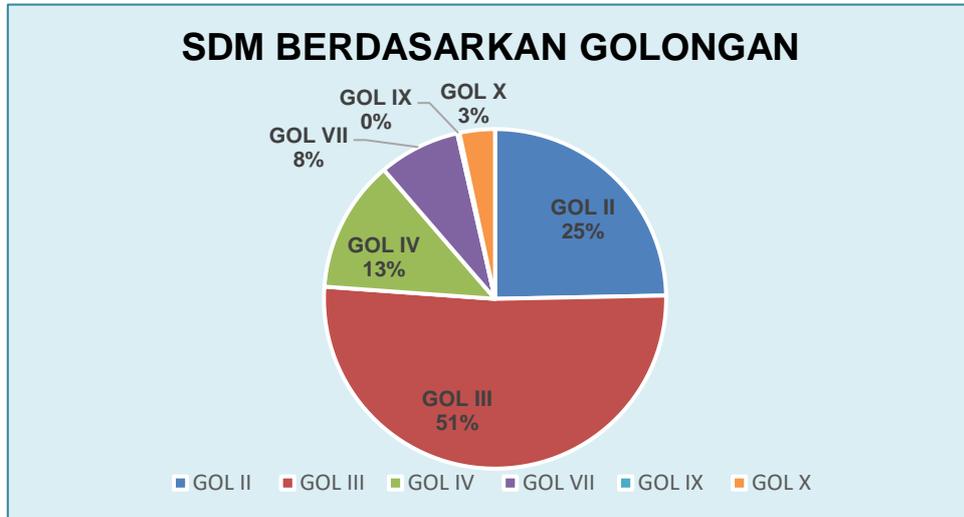


Diagram 17. SDM RS Fatmawati berdasarkan Golongan Tahun 2023

Berdasarkan grafik diatas SDM RS Fatmawati berdasarkan Golongan per 31 Desember 2023 sebanyak 2.398 orang dengan rincian Gol II sebanyak 592 orang, Gol III sebanyak 1.234 orang, Gol IV sebanyak 302 orang, Gol VII sebanyak 185 orang, Gol IX sebanyak 5 orang, dan Gol X sebanyak 80 orang.

2. Sumber Daya Anggaran

Sumber Daya Anggaran Per 31 Desember 2023 adalah sebagai berikut :

NO.	KRO/RO	URAIAN RO	BELANJA (DATA OMSPAN)		
			PAGU	REALISASI	%
1.	EBA962	Layanan Umum	315.795.000.000	315.577.656.743	99,93
2.	CAN001	Perangkat Pengolah Data dan Informasi (LR)	3.554.600.000	3.252.305.750	91,50
3.	RAB002	Obat-obatan dan BMHP Pelayanan Unggulan - LR	3.750.000.000	3.749.999.935	100,00
4.	CAB003	Obat-obatan dan BMHP (LR)	237.741.737.000	210.350.373.895	88,48
5.	CCB001	Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU (LR)	223.791.811.000	202.188.990.340	90,35
6.	EBC001	Layanan Kepegawaian Satker UPT Vertikal	5.823.067.000	3.461.621.331	59,45
7.	EBB951	Layanan Sarana Internal	9.958.355.000	7.634.088.445	76,66
8.	QDB003	Fasilitasi Kegiatan Transfer Knowledge - (LR-12)	569.300.000	560.805.732	98,51
9.	CAB002	Alat Kesehatan (LR)	134.168.611.000	124.107.578.602	92,50
10.	CBV002	Renovasi Gedung Layanan - LR	101.583.000	95.156.689	93,67
11.	EBA994	Layanan Perkantoran	124.303.479.000	123.212.074.789	99,12
JUMLAH			1.059.557.543.000	994.190.652.251	93,83

Sumber Data : Capaian RO Per 31 Desember 2023

Tabel 109. Sumber Daya Anggaran RS Fatmawati per 31 Desember 2023



Diagram 18. Pagu dan Realisasi Tahun 2023

Berdasarkan tabel diatas realisasi penyerapan anggaran periode Januari s/d Desember 2023 sebesar Rp. 994.190.652.251,- (93,83%) dari pagu alokasi setelah revisi sebesar Rp. 1.059.557.543.000,- dengan perincian belanja sebagai berikut :

- a) Rincian Output (RO) Layanan Umum (EBA962) realisasi belanja sebesar Rp. 315.577.656.74,- (99,93%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 315.795.000.000,- .
- b) Rincian Output (RO) Perangkat Pengolah Data dan Informasi (LR) (CAN001) realisasi belanja sebesar Rp. 3.252.305.750,- (91,50%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 3.554.600.000,-.
- c) Rincian Output (RO) Obat-obatan dan BMHP (LR) (RAB002) realisasi belanja sebesar Rp. 3.252.305.750,- (91,50%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 3.554.600.000,-.
- d) Rincian Output (RO) Obat-obatan dan BMHP (LR) (CAB003) realisasi belanja sebesar Rp. 210.350.373.895,- (88,48%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 237.741.737.000,-.
- e) Rincian Output (RO) Operasional dan Pemeliharaan UPT BLU (LR) (CCB001) realisasi belanja sebesar Rp. 202.188.990.340,- (90,35%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 223.791.811.000,-.
- f) Rincian Output (RO) Layanan Kepegawaian Satker UPT Vertikal (LR) (EBC001) realisasi belanja sebesar Rp. 3.461.621.331,- (59,45%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 5.823.067.000,-.
- g) Rincian Output (RO) Layanan Sarana Internal (EBB951) realisasi belanja sebesar Rp. 7.634.088.445,- (76,66%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 9.958.355.000,-.
- h) Rincian Output (RO) Fasilitasi Kegiatan *Transfer Knowledge* - (LR-12) (QDB003) realisasi belanja sebesar Rp. 560.805.732,- (98,51%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 569.300.000,-.
- i) Rincian Output (RO) Alat Kesehatan (LR) (CAB002) realisasi belanja sebesar Rp. 124.107.578.602,- (92,50%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 134.168.611.000,-.
- j) Rincian Output (RO) Renovasi Gedung Layanan - LR (CBV002) realisasi belanja sebesar Rp. 95.156.689,- (93,67%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 95.156.689,-.

- k) Rincian Output (RO) Layanan Perkantoran (EBA994) realisasi belanja sebesar Rp. 123.212.074.789,- (99,12%) dari alokasi pagu anggaran sebesar Rp. 124.303.479.000,-.

3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Laporan berdasarkan penatausahaan Barang Milik Negara (BMN) meliputi kegiatan pencatatan, pendaftaran, pembukuan dan pelaporan BMN, maka laporan tahunan inventaris yang dibuat sampai 31 Desember 2023 tercatat sebagai berikut :

BMN INTRAKOMTABEL

Posisi Awal (1 Januari 2023)	Rp.	6.340.135.087.905
Penambahan	Rp.	160.851.267.442
Pengurangan	Rp.	21.402.218.846
Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	6.479.584.136.501

BMN EKSTRAKOMTABEL

Posisi Awal (1 Januari 2023)	Rp.	950.312.905
Penambahan	Rp.	86.267.213
Pengurangan	Rp.	24.092.950
Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	1.012.487.168

BMN GABUNGAN INTRA & EKSTRA

Posisi Awal (1 Januari 2023)	Rp.	6.341.085.400.810
Penambahan	Rp.	160.937.534.655
Pengurangan	Rp.	21.426.311.796
Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	6.480.596.623.669

BMN ASET TAK BERWUJUD

Posisi Awal (1 Januari 2023)	Rp.	4.802.809.949
Penambahan	Rp.	-
Pengurangan	Rp.	1.101.516.350
Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	3.701.293.599

BMN KONTRUKSI DALAM Pengerjaan

Posisi Awal (1 Januari 2023)	Rp.	173.312.100
Penambahan	Rp.	0
KDP yang menjadi aset definitif	Rp.	0
Posisi Akhir (31 Desember 2023)	Rp.	173.312.100

(Sumber Data : SIMAK BMN)

Tabel 110. Sarana dan Prasarana yang ada di RS Fatmawati sesuai Laporan Posisi BMN per 31 Desember 2023

Berdasarkan hasil laporan Posisi Barang Milik Negara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai Neraca Keseluruhan baik dalam bentuk Intrakomtable, Ekstrakomtable, Konstruksi dalam Pengerjaan serta Barang Persediaan dan Aset Tetap dalam bentuk lainnya sampai dengan 31 Desember 2023 tercatat sebanyak Rp. 6.716.029.576.939,- dengan total nilai penyusutan sebesar Rp. 955.106.255.252,- sehingga posisi barang milik negara di neraca tercatat Rp. 5.760.923.321.684,-.

C. EFISIENSI SUMBER DAYA

1. Efisiensi Sumber Daya Manusia

RS Fatmawati sebagai rumah sakit pusat tipe A yang memiliki sumber daya yang memadai sehingga mampu menyelenggarakan berbagai jenis pelayanan spesialis dan subspecialistik yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. Dalam menghadapi tantangan masa depan dan perubahan dinamis dan persaingan global, RS Fatmawati harus mampu mengatasi permasalahan-permasalahan melalui optimalisasi sumber daya. Dalam melakukan optimalisasi sumber daya maka diperlukan suatu manajemen sumber daya yaitu bagaimana mengatur hubungan dan peran sumber daya (tenaga kerja) yang dimiliki oleh individu secara efisien dan efektif serta dapat digunakan secara maksimal sehingga tujuan bersama di rumah sakit oleh seluruh *stakeholdersnya* menjadi maksimal.

Dalam melakukan efisiensi sumber daya manusia di RS Fatmawati yaitu dengan menempatkan SDM sesuai dengan kompetensi spesifikasi pada setiap unit kerja sehingga akan terwujud struktur yang miskin akan tetapi kaya akan fungsi yang dapat mengoptimalkan SDM yang ada. Mengingat masih terdapat SDM yang tidak sesuai dengan spesifikasi kompetensi yang dibutuhkan pada suatu unit, hal tersebut akan berdampak pada pelayanan yang akan diberikan menjadi tidak optimal. Untuk mengatasi hal tersebut, maka perlu disusunnya perencanaan dengan spesifikasi kompetensi SDM yang sesuai dengan kebutuhan unit kerja. Perencanaan yang baik dalam menentukan jumlah SDM yang akan dilakukan *recruitment* berdasarkan posisi, keterampilan, dan perilaku yang dibutuhkan. Selain itu, perencanaan SDM yang ada di RS Fatmawati berdasarkan kepada beban kerja yang ada pada setiap unit dan dilakukan evaluasi analisa beban kerja secara berkala.

2. Efisiensi Sumber Energi

RS Fatmawati melakukan manajemen energi dengan menerapkan program efisiensi/penghematan energi (listrik, bahan bakar) dan air berdasarkan Surat Keputusan Direktur Utama Nomor : HK.01.07/VIII.2/4884/2018 tentang Tim Penghematan Energi dan Air di RS Fatmawati. Dalam melaksanakan tugas tim bertanggungjawab kepada Direktur Utama.

- a) Penghematan Listrik sebesar 20% dihitung dari rata-rata penggunaan listrik di lingkungan RS Fatmawati dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sebelum dikeluarkannya Instruksi Presiden Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penghematan Energi dan Air.
- b) Penghematan pemakaian BBM bersubsidi sebesar 10% melalui pengaturan pembatasan penggunaan BBM bersubsidi bagi kendaraan di RS Fatmawati.
- c) Penghematan air sebesar dihitung dari rata-rata penggunaan air di lingkungan RS Fatmawati dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sebelum dikeluarkan Instruksi Presiden Nomor : 13 Tahun 2011 tentang penghematan Air.

Tugas Tim Penghematan Energi dan Air di RS Fatmawati adalah :

- a) Menyiapkan data dan bahan untuk penyusunan program penghematan energi dan air di RS Fatmawati.
- b) Menyusun program penghematan energi dan air di RS Fatmawati.
- c) Melaksanakan pengawasan dan evaluasi perogram penghematan energi dan air di RS Fatmawati.
- d) Melaporkan hasil kegiatan penghematan energi dan air secara berkala setiap 6 (enam) bulan pada Januari dan Juli kepada Direktur Utama dan Kementerian Kesehatan RI.
- e) Menyusun rekomendasi penggunaan sarana dan prasarana sebagai fasilitas untuk penghematan energi dan air.

BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja RS Fatmawati Tahun 2023 merupakan pertanggung jawaban kinerja RS Fatmawati kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI selama kurun waktu satu tahun, dimana telah tertuang di dalam Penetapan Kinerja yang merupakan dokumen pernyataan kinerja / kesepakatan kinerja / perjanjian kinerja.

Pencapaian kinerja RS Fatmawati tahun 2023 dalam meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program Pelayanan Kesehatan sesuai Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati tahun 2020-2024 Revisi kedua dan capaian dari kegiatan yang merupakan tugas pokok dan fungsi di setiap Tim Kerja, Instalasi, Komite serta Kelompok Staf Medis. Mengacu pada 9 sasaran strategis yang diturunkan dalam 39 indikator kinerja tahun 2023 pada Kontrak Kinerja telah berhasil dicapai 29 indikator, sedangkan 10 (sepuluh) indikator yang belum optimal capaiannya (25,64%). Indikator-indikator tersebut adalah sebagai berikut : *Return on Asset (ROA)*, Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU, Persentase Nilai EBITDA Margin, Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang, Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal, Kepatuhan Kebersihan Tangan, Kepatuhan Identifikasi Pasien, Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium, Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh, dan Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.

Beberapa indikator kinerja yang belum mencapai target, dapat terus diupayakan dengan cara kendala-kendala kinerja yang dipengaruhi asumsi makro dapat diperkecil. Sehingga bisa mendorong kinerja RS Fatmawati dengan upaya perbaikan sistem yaitu dengan cara monitoring dan evaluasi yang berkesinambungan dengan mengedepankan profesionalisme di lingkungan RS Fatmawati

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, RS Fatmawati pada tahun 2023 didukung oleh anggaran DIPA APBN dan BLU RS Fatmawati. DIPA - RKA K/L Revisi TA 2023 dengan sumber APBN dan PNPB BLU senilai Rp. 1.059.557.543.000,- dengan realisasi anggaran sebesar Rp. 994.170.314.678,- atau 93,83% dari alokasi anggaran Tahun 2023.

Laporan Akuntabilitas Kinerja RS Fatmawati selain merupakan pertanggungjawaban kinerja juga dapat digunakan sebagai parameter atau alat komunikasi bagi seluruh jajaran manajemen maupun fungsional demi peningkatan kinerja RS Fatmawati dimasa mendatang.

LAMPIRAN – LAMPIRAN

A. RENCANA KINERJA TAHUNAN (RKT) TAHUN 2023

RENCANA KINERJA TAHUNAN

Unit : RS Fatmawati

Tahun Anggaran : 2023

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1. <i>Return on Asset (ROA)</i>	2%
		2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		3. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		4. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		5. Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	6. Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	≥ 80%
		7. Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	80%
		8. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%
		9. Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		10. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%
3.	Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain	11. Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	2 Layanan
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas minimal Strata Utama	1 Layanan
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas	1 RS
		14. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		15. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 Layanan
		16. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uronefrologi (KJSU)	1 Indikator tercapai setiap layanan

4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian	17. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		18. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	35 Penelitian
5.	Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	19. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
		20. Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%
		21. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%
		22. Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam Waktu ≤ 30 menit	≥ 80%
		23. Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit Setiap 6 bulan	2 Kali
		24. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		25. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan
		26. Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%
		27. Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		28. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
		29. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
		30. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%
		31. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
6.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	32. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	98%
		33. Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan	93%

7.	Terwujudnya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	34. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans berbasis Digital	1 Sistem
		35. Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi.	100%
8.	Terpenuhinya Standar Sarana Prasarana dan Alat RS	36. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar	95%
		37. Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%
9.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik	38. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥ 85%
		39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%

B. PERNYATAAN PERJANJIAN KINERJA

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH

Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

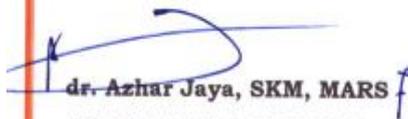
selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Desember 2023

Pihak Kedua,


dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002


dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH
NIP-196207231990011001



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	1. <i>Return on Asset</i> (ROA)	2%
		2. Persentase realisasi target pendapatan BLU	95%
		3. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		4. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		5. Persentase nilai EBITDA Margin	15%
2	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	6. Persentase kepuasan pelanggan eksternal meningkat	≥80%
		7. Persentase kepuasan pelanggan internal meningkat	80%
		8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
		9. Penundaan waktu operasi elektif	≤3%
		10. Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
3	Terwujudnya optimalisasi mutu pelayanan unggulan dan pengembangan layanan lain	11. Terselenggaranya pelayanan strata 4 secara optimal pada layanan prioritas	2 layanan
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada layanan prioritas	1 RS
		14. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	1 layanan
		15. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 layanan
		16. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Urologi (KJSU)	1 indikator tercapai setiap layanan

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	1. <i>Return on Asset</i> (ROA)	2%
		2. Persentase realisasi target pendapatan BLU	95%
		3. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		4. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		5. Persentase nilai EBITDA Margin	15%
2	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	6. Persentase kepuasan pelanggan eksternal meningkat	≥80%
		7. Persentase kepuasan pelanggan internal meningkat	80%
		8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
		9. Penundaan waktu operasi elektif	≤3%
		10. Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
3	Terwujudnya optimalisasi mutu pelayanan unggulan dan pengembangan layanan lain	11. Terselenggaranya pelayanan strata 4 secara optimal pada layanan prioritas	2 layanan
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada layanan prioritas	1 RS
		14. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	1 layanan
		15. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 layanan
		16. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uronefrologi (KJSU)	1 indikator tercapai setiap layanan

7	Terwujudnya digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	34. Terselenggaranya integrasi sistem dan informasi surveilans berbasis digital	1 sistem
		35. Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, gawat darurat, rawat inap, rawat jalan, operasi, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehabilitasi medik) dan farmasi.	100%
8	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	36. Persentase pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) RS sesuai standar	95%
		37. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
9	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	38. Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥85%
		39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksaan Keuangan yang telah tuntas ditindaklanjuti	92,5 %

Program

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

Total

Anggaran

Rp. 935.254.064.000

Rp. 124.303.479.000

Rp. 1.059.557.543.000

Jakarta, Desember 2023

Pihak Kedua,


Dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
 NIP 197106262000031002

Pihak Pertama,


Dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH
 NIP 196207231990011001

C. PENCAPAIAN KINERJA TAHUN 2023

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1. <i>Return on Asset</i> (ROA)	2%	- 3,09%	0%
		2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	99%	104,21%
		3. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	99,07%	102,13%
		4. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	91,31%	96,12%
		5. Persentase Nilai EBITDA Margin	15%	6,18%	41,2%
2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	6. Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	≥ 80%	83,83%	104,78%
		7. Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	80%	86,92%	108,64%
		8. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	27,13%	33,92%
		9. Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	1,63%	100%
		10. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%	100%	125%
3.	Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain	11. Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	2 Layanan	2 Layanan	100%
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas minimal Strata Utama	1 Layanan	1 Layanan	100%
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas	1 RS	1 RS	100%
		14. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan	100%

		15. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 Layanan	1 Layanan	100%
		16. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Urologi (KJSU)	1 Indikator tercapai setiap layanan	1 Indikator tercapai setiap layanan	100%
4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian	17. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	29,17%	291,17%
		18. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	35 Penelitian	58 Penelitian	165,71%
5.	Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	19. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	70,63%	83,10%
		20. Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%	84,46%	105,58%
		21. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%	- 0,30%	100%
		22. Waktu Tanggap Operasi <i>Seccio Caesarea</i> Darurat dalam Waktu ≤ 30 menit	≥ 80%	100%	125%
		23. Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit Setiap 6 bulan	2 Kali	2 Kali	100%
		24. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	12 Laporan	100%

		25. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan	12 Laporan	100%
		26. Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	80,86%	89,84%
		27. Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%
		28. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	99,05%	99,05%
		29. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	99,62%	99,62%
		30. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%	90,56%	100,62%
		31. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	95,73%	95,73%
6.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	32. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	98%	100%	102,04%
		33. Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan	93%	100%	107,53%
7.	Terwujudnya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	34. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans berbasis Digital	1 Sistem	100%	100%
		35. Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi.	100%	100%	100%
8.	Terpenuhinya Standar Sarana Prasarana dan Alat RS	36. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar	95%	98,49%	103,68%
		37. Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%	89,30%	127,57%

9.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik	38. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥ 85%	93,77%	110,31%
		39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	87,50%	94,59%

D. PENGHARGAAN YANG DIPEROLEH RS FATMAWATI TAHUN 2023

1. Penghargaan sebagai Pengelola JFK Terbaik ke-3 dan Inovasi Stand Pameran Terbaik ke-3 (12 November 2023)



RSUP Fatmawati mendapat 2 penghargaan Menteri Kesehatan
Pada Peringatan Hari Kesehatan Nasional 2023
Sebagai Pengelola JFK terbaik ke-3 dan Inovasi Stand Pameran Terbaik ke-3

2. Sertifikat sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan Terakreditasi A, Hal tersebut sesuai keputusan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor : HK.02.02/F/3665/2023



3. Penghargaan Majalah SWA sebagai Indonesia *Customer Satisfaction Champion* in Healthcare Services 2023 dengan Predikat *Good*

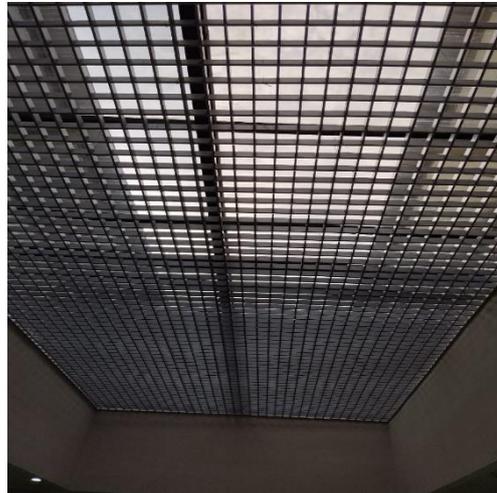


4. Penghargaan Rumah Sakit Vertikal Kategori RS Umum dengan Layanan Eksekutif Terbaik Peringkat Kedua



E. EFISIENSI SUMBER DAYA DI RS FATMAWATI

1. Skylight Instalasi Griya Husada Cahaya Matahari



2. Efisiensi Pemanfaatan Outdoor AC Panas diolah menjadi Air Panas



3. Efisiensi Hemat Energi menggunakan Listrik



LAMPIRAN – LAMPIRAN

A. RENCANA KINERJA TAHUNAN (RKT) TAHUN 2023
RENCANA KINERJA TAHUNAN

Unit : RS Fatmawati

Tahun Anggaran : 2023

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA	TARGET
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1. <i>Return on Asset</i> (ROA)	2%
		2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		3. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		4. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		5. Persentase Nilai EBITDA Margin	15%
2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	6. Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	≥ 80%
		7. Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	80%
		8. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%
		9. Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		10. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%
3.	Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain	11. Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	2 Layanan
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas minimal Strata Utama	1 Layanan
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada Layanan Prioritas	1 RS
		14. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		15. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 Layanan
		16. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Urologi (KJSU)	1 Indikator tercapai setiap layanan

4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian	17. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%
		18. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	35 Penelitian
5.	Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	19. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%
		20. Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%
		21. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%
		22. Waktu Tanggap Operasi <i>Sectio Caesarea</i> Darurat dalam Waktu ≤ 30 menit	≥ 80%
		23. Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit Setiap 6 bulan	2 Kali
		24. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan
		25. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan
		26. Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%
		27. Kepatuhan Penggunaan APD	100%
		28. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%
		29. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%
6.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	30. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%
		31. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%
		32. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	98%
		33. Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan	93%

7.	Terwujudnya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	34. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans berbasis Digital	1 Sistem
		35. Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi.	100%
8.	Terpenuhinya Standar Sarana Prasarana dan Alat RS	36. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar	95%
		37. Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%
9.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik	38. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥ 85%
		39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%

B. PERNYATAAN PERJANJIAN KINERJA

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI**



PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

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

Nama : dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH

Jabatan : Plt. Direktur Utama RSUP Fatmawati Jakarta

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS

Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan

selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

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

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

Jakarta, Desember 2023

Pihak Kedua,


dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP 197106262000031002


dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH
NIP-196207231990011001

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	1. <i>Return on Asset</i> (ROA)	2%
		2. Persentase realisasi target pendapatan BLU	95%
		3. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		4. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		5. Persentase nilai EBITDA Margin	15%
2	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	6. Persentase kepuasan pelanggan eksternal meningkat	≥80%
		7. Persentase kepuasan pelanggan internal meningkat	80%
		8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
		9. Penundaan waktu operasi elektif	≤3%
		10. Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
3	Terwujudnya optimalisasi mutu pelayanan unggulan dan pengembangan layanan lain	11. Terselenggaranya pelayanan strata 4 secara optimal pada layanan prioritas	2 layanan
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada layanan prioritas	1 RS
		14. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	1 layanan
		15. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 layanan
		16. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uronekrologi (KJSU)	1 indikator tercapai setiap layanan

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

No.	Sasaran Program/Kegiatan	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat mandiri	1. <i>Return on Asset</i> (ROA)	2%
		2. Persentase realisasi target pendapatan BLU	95%
		3. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		4. Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		5. Persentase nilai EBITDA Margin	15%
2	Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan	6. Persentase kepuasan pelanggan eksternal meningkat	≥80%
		7. Persentase kepuasan pelanggan internal meningkat	80%
		8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥80%
		9. Penundaan waktu operasi elektif	≤3%
		10. Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
3	Terwujudnya optimalisasi mutu pelayanan unggulan dan pengembangan layanan lain	11. Terselenggaranya pelayanan strata 4 secara optimal pada layanan prioritas	2 layanan
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada layanan prioritas	1 RS
		14. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional	1 layanan
		15. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 layanan
		16. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uronefrologi (KJSU)	1 indikator tercapai setiap layanan

7	Terwujudnya digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi	34. Terselenggaranya integrasi sistem dan informasi surveilans berbasis digital	1 sistem
		35. Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, gawat darurat, rawat inap, rawat jalan, operasi, layanan penunjang (laboratorium, radiologi, gizi, rehabilitasi medik) dan farmasi.	100%
8	Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS	36. Persentase pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) RS sesuai standar	95%
		37. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	70%
9	Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik	38. Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥85%
		39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksaan Keuangan yang telah tuntas ditindaklanjuti	92,5 %

Program

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

Total

Anggaran

Rp. 935.254.064.000

Rp. 124.303.479.000

Rp. 1.059.557.543.000

Jakarta, Desember 2023

Pihak Kedua,


Dr. Ashraf Jaya, SKM, MARS

NIP 197106262000031002



Dr. Mohammad Syahril, Sp.P, MPH

NIP 190207231990011001

C. PENCAPAIAN KINERJA TAHUN 2023

NO.	SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR KINERJA UTAMA	TARGET	REALISASI	CAPAIAN
1.	Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat dan Mandiri	1. <i>Return on Asset (ROA)</i>	2%	- 3,09%	0%
		2. Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	99%	104,21%
		3. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	99,07%	102,13%
		4. Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	91,31%	96,12%
		5. Persentase Nilai EBITDA Margin	15%	6,81%	45,39%
2.	Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan	6. Persentase Kepuasan Pelanggan Eksternal Meningkat	≥ 80%	83,83%	104,78%
		7. Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat	80%	86,92%	108,64%
		8. Waktu Pelayanan Rawat Jalan tanpa Pemeriksaan Penunjang	≥ 80%	27,13%	33,92%
		9. Penundaan Waktu Operasi Elektif	≤ 3%	1,63%	100%
		10. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain	≥ 80%	100%	125%
3.	Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain	11. Terselenggaranya Pelayanan Strata 4 secara optimal pada Layanan Prioritas	2 Layanan	2 Layanan	100%
		12. RS Umum Vertikal yang melaksanakan 9 Layanan Penyakit Prioritas minimal Strata Utama	1 Layanan	1 Layanan	100%
		13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampunan pada Layanan Prioritas	1 RS	1 RS	100%
		14. Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan	100%

		15. Tersedianya Pelayanan Unggulan VVIP di Rumah Sakit	1 Layanan	1 Layanan	100%
		16. Tercapainya Target Indikator Klinis Layanan Prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Urologi (KJSU)	1 Indikator tercapai setiap layanan	1 Indikator tercapai setiap layanan	100%
4.	Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian	17. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP	10%	29,17%	291,17%
		18. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>	35 Penelitian	58 Penelitian	165,71%
5.	Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien	19. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal	85%	70,63%	83,10%
		20. Ketepatan Waktu Pelayanan Dokter di Poliklinik dan Ketepatan Waktu Visite Dokter untuk Pasien Rawat Inap	≥ 80%	84,46%	105,58%
		21. Persentase Penurunan Jumlah Kematian di Rumah Sakit Vertikal	< 2,5%	- 0,30%	100%
		22. Waktu Tanggap Operasi <i>Seccio Caesarea</i> Darurat dalam Waktu ≤ 30 menit	≥ 80%	100%	125%
		23. Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit Setiap 6 bulan	2 Kali	2 Kali	100%
		24. Laporan Bulanan Pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator	12 Laporan	12 Laporan	100%

		25. Laporan dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien dengan target Kejadian Sentinel Nol	12 Laporan	12 Laporan	100%
		26. Kepatuhan Kebersihan Tangan	≥ 90%	80,86%	89,84%
		27. Kepatuhan Penggunaan APD	100%	100%	100%
		28. Kepatuhan Identifikasi Pasien	100%	99,05%	99,05%
		29. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium	100%	99,62%	99,62%
		30. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional	≥ 90%	90,56%	100,62%
		31. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	100%	95,73%	95,73%
6.	Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS	32. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya	98%	100%	102,04%
		33. Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan	93%	100%	107,53%
7.	Terwujudnya Standar Sarana, Prasarana, dan Alat RS	34. Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveillans berbasis Digital	1 Sistem	100%	100%
		35. Implementasi RME Terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi.	100%	100%	100%
8.	Terpenuhinya Standar Sarana Prasarana dan Alat RS	36. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar	95%	98,49%	103,68%
		37. Ketersediaan Fasilitas Parkir sesuai Standar	70%	89,30%	127,57%

9.	Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang Baik	38. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (<i>Clinical Pathway</i>)	≥ 85%	93,77%	110,31%
		39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%	87,50%	94,59%

D. PENGHARGAAN YANG DIPEROLEH RS FATMAWATI TAHUN 2023

1. Penghargaan sebagai Pengelola JFK Terbaik ke-3 dan Inovasi Stand Pameran Terbaik ke-3 (12 November 2023)



2. Sertifikat sebagai Institusi Penyelenggara Pelatihan Bidang Kesehatan Terakreditasi A, Hal tersebut sesuai keputusan Direktur Jenderal Tenaga Kesehatan Nomor : HK.02.02/F/3665/2023



3. Penghargaan Majalah SWA sebagai Indonesia *Customer Satisfaction Champion* in Healthcare Services 2023 dengan Predikat *Good*

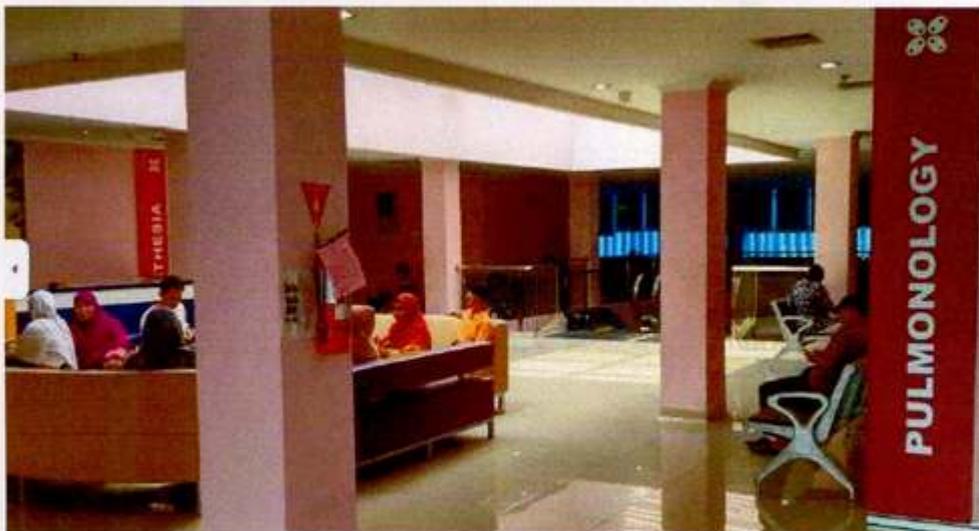


4. Penghargaan Rumah Sakit Vertikal Kategori RS Umum dengan Layanan Eksekutif Terbaik Peringkat Kedua



E. EFISIENSI SUMBER DAYA DI RS FATMAWATI

1. Skylight Instalasi Griya Husada Cahaya Matahari



2. Efisiensi Pemanfaatan Outdoor AC Panas diolah menjadi Air Panas



3. Efisiensi Hemat Energi menggunakan Listrik





Perkembangan Kerja Sama Pelayanan Kesehatan antara RSUP Fatmawati dengan Seoul National University Hospital (SNUH)



- Kunjungan Kerja RSUP Fatmawati ke SNUH pada tanggal 20-24 Maret 2023
- Penandatanganan MoU antara RSUP Fatmawati dengan SNUH tanggal 21 Maret 2023

Perkembangan Kerja Sama

- Visitasi Tim SNUH ke Jakarta tanggal 11-13 Juni 2023 untuk asesmen kelayakan Program Transplantasi (telah disetujui) dan Pembahasan *Implementing Agreement (IA)*
- Audiensi RSUP Fatmawati dan Tim SNUH pada Menteri Kesehatan untuk Program Transplantasi Hati dan Ginjal 12 Juni 2023

Progress :

- Reviu final IA oleh SNUH (Rencana kirim 20 Juli 2023)
- Koordinasi Perizinan pelaksanaan *Masterclass* (Juli - Agustus 2023)

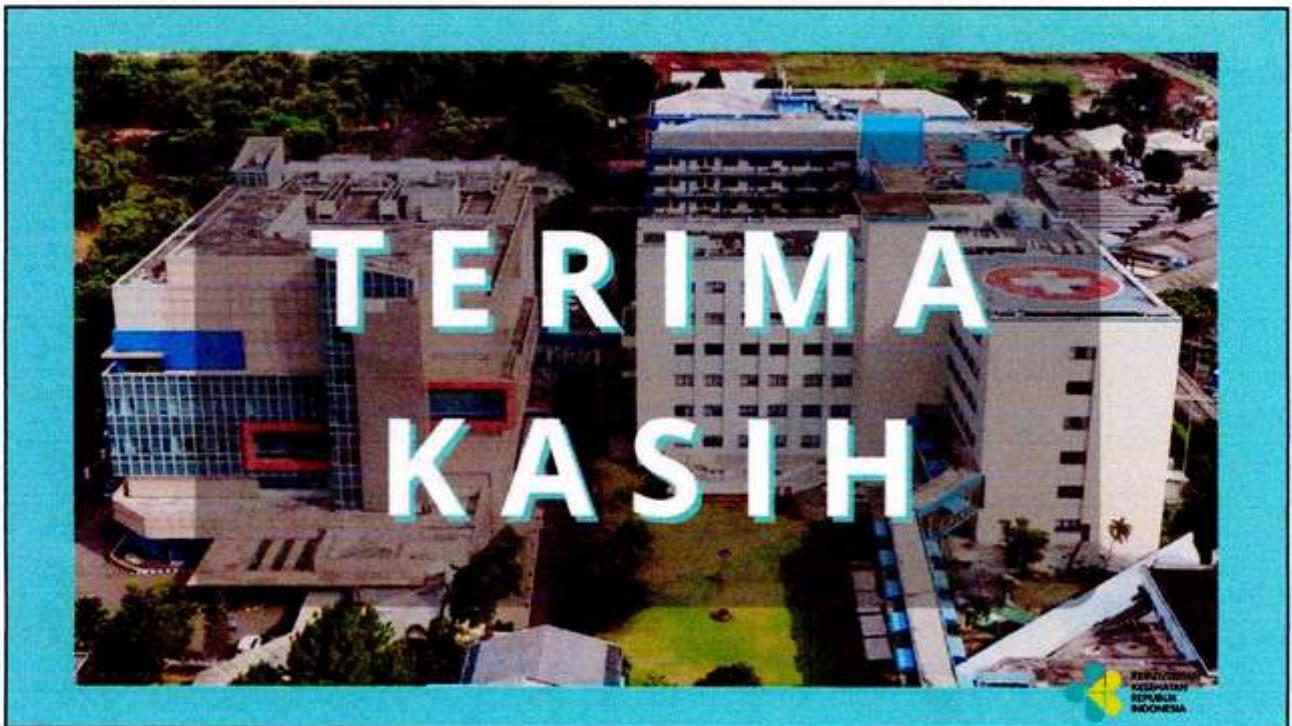
RTL :

- Capacity Building Tim Transplant RSUP Fatmawati ke SNUH (Agustus 2023)
- Masterclass Transplant Liver Tim SNUH ke RSUP Fatmawati (November 2023)
- Transplantasi ginjal di RSUP Fatmawati (Asistensi RSCM) (November 2023)

Output Akhir :
Melakukan Pelayanan Transplantasi Hati dan Ginjal di RSUP Fatmawati



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA





RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI

Jl. RS. Fatmawati, Cilandak, Jakarta Selatan 12430

Telp. 021-7501524, 76660552, Fax. 7690123

Email : rsupf@fatmawatihospital.com

Website : www.fatmawatihospital.com