



# LAPORAN KINERJA (LKJ)

**RS FATMAWATI**  
**TA 2024**



## KATA PENGANTAR



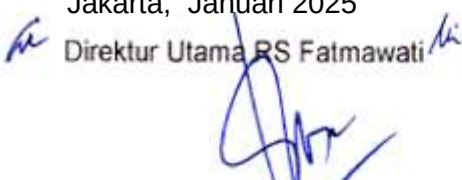
Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, penyusunan Laporan Akuntabilitas Kinerja RS Fatmawati dapat diselesaikan dengan baik. Hal ini tidak lain adalah berkat rahmat Allah SWT serta kerjasama dan koordinasi yang penuh semangat diseluruh jajaran manajemen maupun fungsional.

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 2024 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, Januari 2025

 Direktur Utama RS Fatmawati 

  
Dr. dr. Wahyu Widodo, S.H., Sp.OT, Subsp. T.L.B.M (K)  
NIP. 197310122009121001

## DAFTAR ISI

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| KATA PENGANTAR.....                                    | ii  |
| DAFTAR ISI .....                                       | iii |
| 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 .....                                           | 11  |
| A.    RENCANA STRATEGIS BISNIS .....                   | 11  |
| B.    RENCANA KINERJA TAHUN 2024.....                  | 23  |
| C.    PERJANJIAN KINERJA RS FATMAWATI TAHUN 2024 ..... | 25  |
| BAB III .....                                          | 28  |
| A.    CAPAIAN KINERJA ORGANISASI .....                 | 28  |
| B.    SUMBER DAYA.....                                 | 90  |
| C.    EFISIENSI SUMBER DAYA .....                      | 93  |
| BAB IV .....                                           | 96  |



Kementerian Kesehatan  
RS Fatmawati

Jalan RS. Fatmawati Raya Nomor 4  
Jakarta 12430  
(021) 7501524  
<https://rsupfatmawati.id>

**PERNYATAAN TELAH DIREVIU  
RUMAH SAKIT FATMAWATI TAHUN 2024**

Kami telah mereviu Laporan Kinerja Tahun 2024 sesuai dengan pedoman Reviu Atas Laporan Kinerja. Substansi informasi yang dimuat dalam Laporan Kinerja menjadi tanggung jawab manajemen Rumah Sakit Fatmawati.

Reviu bertujuan untuk memberi keyakinan terbatas laporan kinerja telah disajikan secara akurat, handal dan valid.

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

Jakarta, 31 Januari 2025

Kepala SPI

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 2024. Hasil pengukuran kinerja yang telah ditetapkan selama Tahun 2024 secara keseluruhan mencapai target yang telah ditetapkan.

Tahun 2024 merupakan tahun ke lima 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 lain; 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 2024 merupakan laporan pencapaian kinerja dari seluruh program dan kegiatan yang direncanakan di Tahun 2024 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 2024 tetapi juga memuat tindak lanjut dan rekomendasi perbaikan sehingga dapat dirumuskan solusinya untuk peningkatan kinerja di masa yang akan datang.

Hasil capaian kinerja Tahun 2024 sebagian besar telah mencapai target yang telah ditetapkan sebesar 85,36%. Tetapi, dari 28 (dua puluh delapan) indikator yang diperjanjikan pada Kontrak Kinerja telah berhasil dicapai 16 (enam belas) indikator, sedangkan 12 (dua belas) indikator yang belum optimal capaiannya. Indikator-indikator tersebut adalah sebagai berikut : *Return on Asset (ROA)*, Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU, Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni, Persentase Nilai EBITDA Margin, Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik, Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien, Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN, Persentase *Net Death Rate* (NDR) di Rumah Sakit Vertikal, Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di RS UPT Vertikal, Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar, dan Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, RS Fatmawati pada Tahun 2024 didukung oleh anggaran DIPA APBN dan BLU RS Fatmawati. DIPA - RKA K/L Revisi TA 2024 dengan sumber dana APBN dan PNPB BLU senilai Rp. 1.240.760.675.000,- dengan realisasi anggaran sebesar Rp. 1.188.885.358.777,- atau 95,82% dari alokasi anggaran Tahun 2024.



## **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 (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 lain; 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 2024 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 2024 disusun sebagai bentuk pertanggungjawaban secara tertulis atas pelaksanaan tugas-tugas RS Fatmawati sebagai UPT di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI dalam kurun waktu Tahun 2024 sebagai tahun kelima pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (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**

**(Peduli, P**rofesional**, Integrit**As**, Komitmen, Teamwork, dan Inovati**F)

| NO. | NILAI       | MAKNA                                                                           | PERILAKU UTAMA                                                                                                                                                                                       |
|-----|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Peduli      | Melayani dengan empati, tulus, dan peduli                                       | a. Berempati<br>b. Peka & Cepat Tanggap<br>c. Memberi Solusi                                                                                                                                         |
| 2.  | Profesional | Kompeten dan bertanggung jawab dalam menjalankan tugas                          | a. Disiplin dan taat pada aturan<br>b. Bertanggung jawab<br>c. Berdedikasi<br>d. Belajar berkelanjutan                                                                                               |
| 3.  | Integritas  | Keselarasan antara perkataan dan perbuatan sesuai etika, moral, dan kemanusiaan | a. Beriman dan bertakwa<br>b. Jujur dan konsisten<br>c. Memegang teguh etika                                                                                                                         |
| 4.  | Komitmen    | Berdedikasi tinggi terhadap kepentingan masyarakat                              | a. Menjaga nama baik sesama ASN, pemimpin, instansi, dan negara;<br>b. Menjaga rahasia jabatan dan negara;<br>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;<br>b. Proaktif bekerjasama<br>c. Saling menolong<br>d. Bersinergi                                                                                                             |
| 6.  | Inovatif    | Menghasilkan yang terbaik secara kreatif, inovatif, dan berkelanjutan           | a. Berorientasi pada standar tertinggi dan tepat guna<br>b. Berjiwa <i>entrepreneurship</i> , inovatif, dan kreatif<br>c. Terbuka terhadap perubahan<br>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

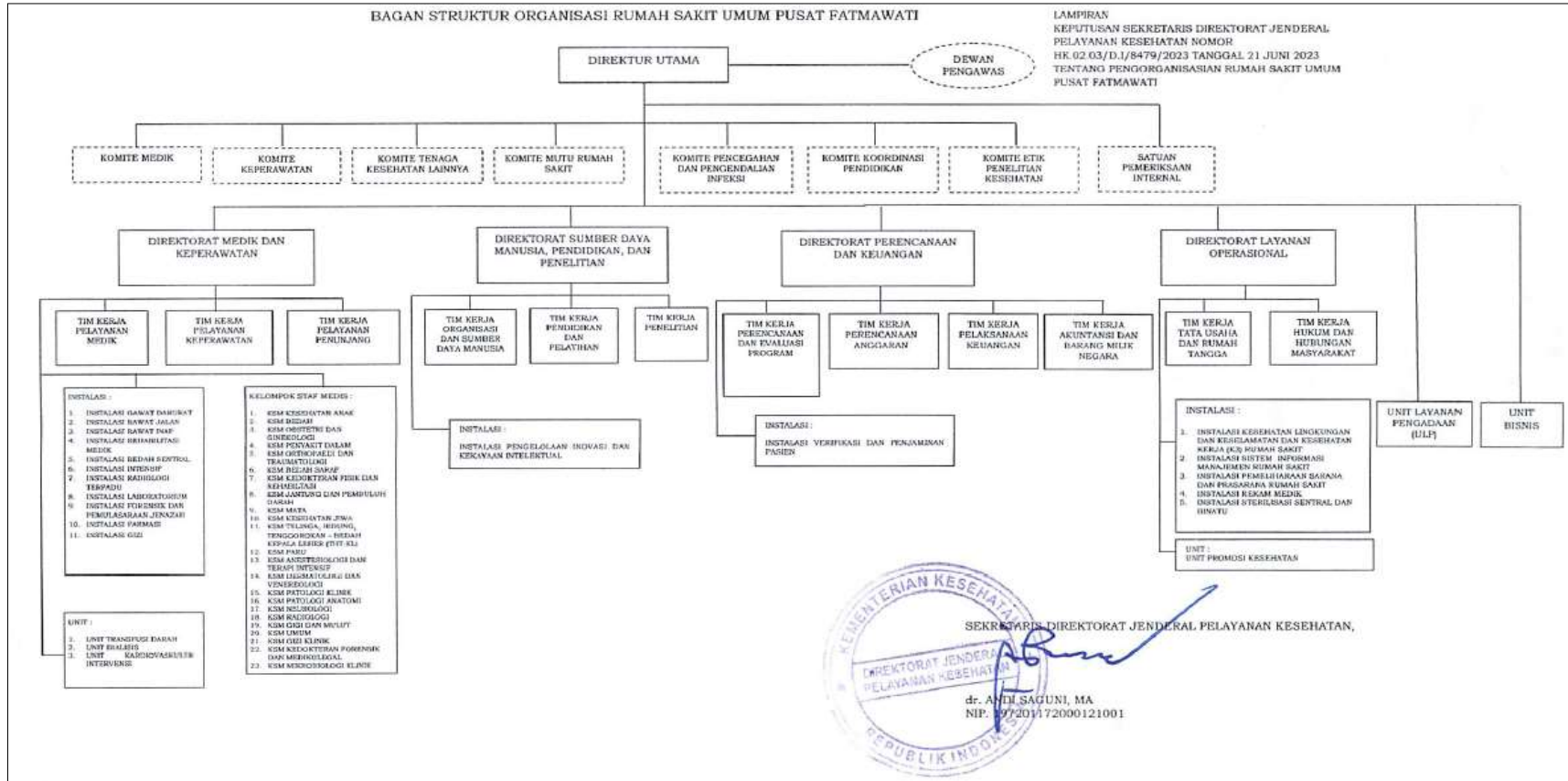
- 1) Tuntutan adanya pelayanan terintegrasi (*one stop service*) dari masyarakat;
- 2) Tuntutan adanya pelayanan unggulan internasional dan prioritas dari Kementerian Kesehatan;
- 3) Meningkatnya standar kepuasan pelanggan dari *customer service* menjadi *customer value based health care (VBHC)*;
- 4) 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 Fatmawati.



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 2024 sebanyak 2.480 pegawai yang terdiri dari ASN 1.828 pegawai (PNS 1.434 pegawai dan PPPK 394 pegawai) dan NON ASN 652 pegawai (BLU 180 pegawai dan PTT 472 pegawai).

## **E. SISTEMATIKA PENULISAN**

Laporan Kinerja (LKj) RS Fatmawati Tahun 2024 ini menjelaskan pencapaian kinerja RS Fatmawati selama Tahun 2024. 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 2024 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 2024.

### **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 2024 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 Lain;
- d. Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak Ketiga dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian;
- e. Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- f. Terpenuhiya Kuantitas dan Kualitas SDM RS;
- g. Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang terintegrasi;
- h. Terpenuhiya 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<br>RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                                         |           |                                              | MENJADI<br>REVISI PERTAMA RSB TAHUN 2022 - 2024 |                                                         |           |                                                            | MENJADI<br>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.        | Cash Ratio                                   | 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.        | Return on Asset (ROA)                                |
|                                 |                                                         | 2.        | Current Ratio                                |                                                 |                                                         | 2.        | Return on Asset (ROA)                                      |                                               |                                                         | 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 |

| SEMULA<br>RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                            |           |                                                                                        | MENJADI<br>REVISI PERTAMA RSB TAHUN 2022 - 2024 |                                                   |           |                                                                                 | MENJADI<br>REVISI KEDUA RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                            |           |                                                         |
|---------------------------------|--------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|
| Sasaran Strategis               |                                            | Indikator |                                                                                        | Sasaran Strategis                               |                                                   | Indikator |                                                                                 | Sasaran Strategis                             |                                            | Indikator |                                                         |
|                                 |                                            | 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 |

| SEMULA<br>RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                             |           |                                                                                      | MENJADI<br>REVISI PERTAMA RSB TAHUN 2022 - 2024 |                                                                                             |           |                                                                                      | MENJADI<br>REVISI KEDUA RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                                                                |           |                                                                                      |
|---------------------------------|---------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Sasaran Strategis               |                                             | Indikator |                                                                                      | Sasaran Strategis                               |                                                                                             | Indikator |                                                                                      | Sasaran Strategis                             |                                                                                | Indikator |                                                                                      |
| 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</i> (GCG)                    |                                                 |                                                                                             | 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                               |                                                 |                                                                                             | 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                                  | 6.                                              | Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien                                         | 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 pengampuan pada Layanan Prioritas               |



| SEMULA<br>RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                                        |           |                                                                       | MENJADI<br>REVISI PERTAMA RSB TAHUN 2022 - 2024 |                                                        |           |                                                                                                     | MENJADI<br>REVISI KEDUA RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                                                                              |           |                                                                                                        |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sasaran Strategis               |                                                        | Indikator |                                                                       | Sasaran Strategis                               |                                                        | Indikator |                                                                                                     | Sasaran Strategis                             |                                                                                              | Indikator |                                                                                                        |
| 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 |                                                 |                                                        | 18.       | Persentase Pemenuhan Fasilitas Sarana, Prasarana dan Perlengkapan untuk mendukung Layanan Prioritas |                                               |                                                                                              | 18.       | Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RS Fatmawati yang menjadi <i>Evidence Based Practice</i>        |

| SEMULA<br>RSB TAHUN 2020 - 2024 |  |           |  | MENJADI<br>REVISI PERTAMA RSB TAHUN 2022 - 2024 |                                             |           |                                                                   | MENJADI<br>REVISI KEDUA RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                                     |           |                                                                                                                 |
|---------------------------------|--|-----------|--|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sasaran Strategis               |  | Indikator |  | Sasaran Strategis                               |                                             | Indikator |                                                                   | Sasaran Strategis                             |                                                     | Indikator |                                                                                                                 |
|                                 |  |           |  | 10.                                             | Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik | 19.       | Kesesuaian terhadap Evaluasi Lima Standar Pelayanan Kedokteran    | 5.                                            | Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | 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 ≤ 30 menit                                     |
|                                 |  |           |  |                                                 |                                             |           |                                                                   |                                               |                                                     | 23.       | Pelaporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan    |

| SEMULA<br>RSB TAHUN 2020 - 2024 |           | MENJADI<br>REVISI PERTAMA RSB TAHUN 2022 - 2024 |           | MENJADI<br>REVISI KEDUA RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                                                                                                      |
|---------------------------------|-----------|-------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sasaran Strategis               | Indikator | Sasaran Strategis                               | Indikator | Sasaran Strategis                             | Indikator                                                                                                            |
|                                 |           |                                                 |           |                                               | 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                                                                   |

| SEMULA<br>RSB TAHUN 2020 - 2024 |           | MENJADI<br>REVISI PERTAMA RSB TAHUN 2022 - 2024 |           | MENJADI<br>REVISI KEDUA RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                                                              |     |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-----------|-------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sasaran Strategis               | Indikator | Sasaran Strategis                               | Indikator | Sasaran Strategis                             | Indikator                                                                    |     |                                                                                                                                                                             |
|                                 |           |                                                 |           | 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                                                      | 38. | Kepatuhan terhadap Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> )                                                                                                                  |

| SEMULA<br>RSB TAHUN 2020 - 2024 |           | MENJADI<br>REVISI PERTAMA RSB TAHUN 2022 - 2024 |           | MENJADI<br>REVISI KEDUA RSB TAHUN 2020 - 2024 |                                                                                                                            |
|---------------------------------|-----------|-------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sasaran Strategis               | Indikator | Sasaran Strategis                               | Indikator | Sasaran Strategis                             | Indikator                                                                                                                  |
|                                 |           |                                                 |           | Kelola RS yang baik                           | 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 Internal Meningkat;
- c. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya;
- d. 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, di awal Tahun 2024 terdapat perubahan Indikator Kinerja Utama (IKU) yang semula 39 (tiga puluh sembilan) indikator menjadi 28 (dua puluh delapan) indikator dengan rincian 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%  | -         |
| 7.      | Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik                        | -      | 100%      |
| 8.      | Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat                                | 80%    | 82%       |
| 9.      | RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional | -      | 1 Layanan |
| 10.     | Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan                         | -      | 100%      |
| 11.     | Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis                              | -      | 80%       |
| 12.     | Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN                                 | -      | 10%       |

| IKU RSB |                                                                                                                                                                                                                                            | TARGET     |           |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
|         |                                                                                                                                                                                                                                            | 2023       | 2024      |
| 13.     | Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang mendukung 9 Layanan Prioritas di rumah sakit pendidikan                                                                                                                                     | -          | 10%       |
| 14.     | Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Utama                                                                                                                                                                                            | -          | 1 RS      |
| 15.     | Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Madya                                                                                                                                                                                            | -          | 4 RS      |
| 16.     | Persentase <i>Net Death Rate</i> (NDR) di RS Vertikal                                                                                                                                                                                      | < 2,5%     | < 2,5%    |
| 17.     | Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit                                                                                                                                         | -          | 2 Laporan |
| 18.     | Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target                                                                                                                                                                              | 12 Laporan | 100%      |
| 19.     | Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan                                                                                                                                                                                                    | -          | > 75%     |
| 20.     | Persentase kasus <i>Sectio Caesarea Emergency</i> kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit                                                                                                                                        | ≥ 80%      | 60%       |
| 21.     | Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi di RS UPT Vertikal                                                                                                                                                                      | 85%        | 100%      |
| 22.     | Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya                                                                                                                                                                                             | 98%        | 100%      |
| 23.     | Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan                                                                                                                                                                                                  | 93%        | 95%       |
| 24.     | Implementasi Pemberian <i>Reward</i> dan <i>Punishment</i> Pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan                                                                                                                               | -          | 1 Laporan |
| 25.     | Persentase Layanan Rekam Medis Elektronik (RME) terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Laboratorium, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi di rumah sakit vertikal | 100%       | 100%      |
| 26.     | Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA) RS UPT Vertikal sesuai standar                                                                                                                                                       | 95%        | 98%       |
| 27.     | Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar                                                                                                                                                            | -          | 90%       |
| 28.     | Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti                                                                                                                                                             | 92,5%      | 95%       |

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

Perubahan ini sehubungan dengan penetapan indikator direktif pada Perjanjian Kinerja sebagai tindak lanjut dari surat Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No. PS.03.01/A.i/443/2024 tanggal 4 Februari 2024 perihal Penyampaian Hasil Evaluasi SAKIP Kementerian Kesehatan Tahun 2023 dan Penetapan Indikator Direktif pada PK di lingkungan Kementerian Kesehatan.

## B. RENCANA KINERJA TAHUN 2024

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 2024 ditetapkan rencana tingkat capaian kinerja tahunan, sasaran, dan seluruh indikator kinerja kegiatan, rencana kerja Tahun 2024 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 2024

### 1. Alokasi Anggaran berdasarkan Program Tahun 2024

| NO.           | KODE    | PROGRAM                                                              | ALOKASI                      |
|---------------|---------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1.            | DG.6388 | Dukungan Pelayanan Kesehatan UPT Ditjen Pelayanan Kesehatan          | Rp. 1.083.362.570.000        |
| 2.            | WA.4813 | Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Ditjen Pelayanan Kesehatan | Rp. 157.398.105.000          |
| <b>JUMLAH</b> |         |                                                                      | <b>Rp. 1.240.760.675.000</b> |

SumberData : DIPA Revisi ke 12 tanggal 14 Januari 2025

Tabel 4. Alokasi Anggaran berdasarkan Program Tahun 2024



## 2. Alokasi Anggaran berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2024

| NO.           | JENIS BELANJA   | ALOKASI                      |
|---------------|-----------------|------------------------------|
| 1.            | Belanja Pegawai | Rp. 157.398.105.000          |
| 2.            | Belanja Barang  | Rp. 957.884.107.000          |
| 3.            | Belanja Modal   | Rp. 125.478.463.000          |
| <b>JUMLAH</b> |                 | <b>Rp. 1.240.760.675.000</b> |

Sumber Data : DIPA Revisi ke 12 tanggal 14 Januari 2025

Tabel 5. Alokasi Anggaran berdasarkan Jenis Belanja Tahun 2024

Sedangkan target PNBП RS Fatmawati Tahun 2024 sebesar Rp. 1.083.362.570.000,- dengan rata-rata penerimaan per bulan sebesar Rp. 87.076.297.578,-.

Pada tabel di atas, dapat dilihat bahwa dari pagu sebesar Rp. 1.240.760.675.000,- 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,

## D. PROGRAM KERJA STRATEGIS

Pada Tahun 2024, 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 2024

| NO. | URAIAN                                           | PROGRAM KERJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Layanan Prioritas yang ditingkatkan/dikembangkan | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penerapan keunggulan program orthopaedi dan traumalogi-rehab</li> <li>b. Optimalisasi layanan jantung <i>hotzone</i></li> <li>c. Layanan prioritas kanker, jantung, stroke, uronefrologi, Diabetes Mellitus, Kesehatan Ibu dan Anak, Penyakit infeksi Emerging</li> <li>d. Kerjasama luar negeri dengan <i>Seoul National University Hospital (SNUH)</i> Korea Selatan</li> <li>e. Optimalisasi <i>integrated</i> rekam medis elektronik dan penerapan Satu Sehat</li> <li>f. <i>Academic Health Center (AHC)</i></li> </ul> |

|    |                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | Program Pengampunan            | a. Program pengampunan pelayanan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kanker</li> <li>▪ Stroke</li> <li>▪ Uronefrologi</li> <li>▪ Diabetes Mellitus</li> </ul> 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 | a. Penguatan budaya organisasi BERAKHLAK<br>a. Parkir terkelola secara profesional, taman indah, waktu tunggu layanan cepat, mudah dan efisien ( <i>hospitality</i> )<br>b. Peningkatan riset untuk peningkatan mutu pelayanan<br>c. Penguatan pelayanan PONEK, <i>Stunting</i> , PKBRS, TB, HIV/AIDS                                |

Sumber Data : Rencana Kinerja Tahun 2024

Tabel 6. Program Kerja Strategis Tahun 2024

## E. PERJANJIAN KINERJA RS FATMAWATI TAHUN 2024

Perjanjian Kinerja adalah dokumen berisikan perjanjian kinerja antara Direktur Utama RS Fatmawati dengan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan (Dirjen Yankes) Tahun 2024. Telah dilakukan revisi Perjanjian Kinerja pada Desember 2024. Revisi dilakukan karena adanya pergantian pimpinan dan perubahan alokasi anggaran yang berbeda dengan perjanjian kinerja 2024 sebelumnya. Dalam Perjanjian Kinerja tercantum indikator – indikator, target, dan pagu anggaran RS Fatmawati Tahun 2024 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%    |
|     |                                                         | 6. Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik | 100%   |

| NO. | SASARAN PROGRAM/KEGIATAN                                                                     | INDIKATOR KINERJA                                                                                          | TARGET    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.  | Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan                                                   | 7. Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat                                                        | 82%       |
| 3.  | Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain               | 8. RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional                         | 1 Layanan |
|     |                                                                                              | 9. Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien                                                          | 80%       |
|     |                                                                                              | 10. Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan                                                | 100%      |
|     |                                                                                              | 11. Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis                                                     | 80%       |
| 4.  | Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan, dan penelitian | 12. Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN                                                        | 10%       |
|     |                                                                                              | 13. Persentase Penelitian Klinik Terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan | 10%       |
|     |                                                                                              | 14. Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Utama                                                        | 1 RS      |
|     |                                                                                              | 15. Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Madya                                                        | 4 RS      |
|     |                                                                                              | 16. Persentase <i>Net Death Rate</i> (NDR) di RS Vertikal                                                  | < 2,5%    |
|     |                                                                                              | 17. Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit     | 2 Laporan |
|     |                                                                                              | 18. Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target                                          | 100%      |
| 5.  | Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien                                          | 19. Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan                                                                | > 75%     |
|     |                                                                                              | 20. Persentase Kasus Sectio Caesarea Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit           | 60%       |
|     |                                                                                              | 21. Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di RS UPT Vertikal                        | 100%      |
| 6.  | Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS                                                   | 22. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya                                                         | 100%      |
|     |                                                                                              | 23. Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan                                                              | 95%       |

| NO. | SASARAN PROGRAM/KEGIATAN                                                     | INDIKATOR KINERJA                                                                                                                                                                                                                     | TARGET    |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|     |                                                                              | 24. Implementasi Pemberian <i>Reward</i> dan <i>Punishment</i> Pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan                                                                                                                      | 1 Laporan |
| 7.  | Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang terintegrasi | 25. Persentase Layanan Rekam Medis Elektronik (RME) Terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi di Rumah Sakit Vertikal | 100%      |
| 8.  | Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS                           | 26. Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) RS UPT Vertikal sesuai standar                                                                                                                                             | 98%       |
|     |                                                                              | 27. Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar                                                                                                                                                   | 90%       |
| 9.  | Terwujudnya Sistem Tata Kelola RS yang baik                                  | 28. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) yang telah tuntas ditindaklanjuti                                                                                                                         | 95%       |

Sumber Data : Revisi Perjanjian Kinerja Tahun 2024

Tabel 7. Perjanjian Kinerja RS Fatmawati Tahun 2024

### **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 dan Perjanjian Kinerja Tahun 2024. Pengukuran kinerja dilaksanakan untuk mengukur realisasi dan capaian indikator kinerja yang diimplementasikan di RS Fatmawati sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis dan Perjanjian Kinerja Tahun 2024. Tahun 2024 merupakan tahun kelima pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 - 2024 yang mengacu Rencana Strategis Bisnis Kementerian Kesehatan Tahun 2020 - 2024, dan tahun kedua pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis RS Fatmawati Tahun 2020 – 2024 Revisi 2.

Berdasarkan Perjanjian Kinerja Tahun 2024 yang memuat indikator direktif sesuai surat dari Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI dan Surat dari Sekretaris Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2024, 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 2024 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 dan Perjanjian Kinerja Tahun 2024. Sasaran merupakan hasil yang akan dicapai secara nyata oleh RS Fatmawati Tahun 2024 dalam

rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu satu tahun. Dalam rangka mencapai sasaran, perlu ditinjau indikator-indikator RS Fatmawati Tahun 2024 yang telah ditetapkan dalam Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 – 2024 Revisi 2 dan Perjanjian Kinerja RS Fatmawati Tahun 2024. Capaian sasaran strategis RS Fatmawati sebagai berikut :

# 1. Capaian Sasaran Kinerja RS Fatmawati

## Capaian IKU RSB RS Fatmawati Tahun 2024

| NO. | SASARAN STRATEGIS                                                              | INDIKATOR |                                                                                 | TARGET    | REALISASI | CAPAIAN |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------|
| 1.  | Terwujudnya Kinerja Keuangan BLU yang Sehat Mandiri                            | 1.        | <i>Return On Asset (RoA)</i>                                                    | 2%        | -2,66%    | 0%      |
|     |                                                                                | 2.        | Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU                                      | 95%       | 84,60%    | 89,05%  |
|     |                                                                                | 3.        | Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni                            | 97%       | 91,43%    | 94,26%  |
|     |                                                                                | 4.        | Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU                              | 95%       | 96,45%    | 101,53% |
|     |                                                                                | 5.        | Persentase Nilai EBITDA Margin                                                  | 15%       | -31,00%   | 0%      |
|     |                                                                                | 6.        | Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik                        | 100%      | 75%       | 75%     |
| 2.  | Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan                                     | 7.        | Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat                                | 82%       | 90,80%    | 110,73% |
| 3.  | Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain | 8.        | RS mempunyai layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama internasional | 1 Layanan | 1 Layanan | 100%    |
|     |                                                                                | 9.        | Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien                                  | 80%       | 77,49%    | 96,86%  |
|     |                                                                                | 10.       | Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan                         | 100%      | 100,00%   | 100,00% |
|     |                                                                                | 11.       | Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis                              | 80%       | 98,06%    | 120,00% |

| NO. | SASARAN STRATEGIS                                                                            | INDIKATOR |                                                                                                        | TARGET    | REALISASI | CAPAIAN |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|---------|
| 4.  | Terwujudnya Kerjasama dengan Pihak ketiga dalam Bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian | 12.       | Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN                                                        | 10%       | 2,2%      | 22%     |
|     |                                                                                              | 13.       | Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di rumah sakit pendidikan | 10%       | 50,66%    | 120%    |
|     |                                                                                              | 14.       | Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata utama                                                        | 1 RS      | 1 RS      | 100%    |
|     |                                                                                              | 15.       | Jumlah RS yang dibina dan mencapai strata madya                                                        | 4 RS      | 4 RS      | 100%    |
| 5.  | Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien                                          | 16.       | Persentase <i>Net Death Rate</i> (NDR) di RS Vertikal                                                  | <2.5%     | 6,57%     | 0%      |
|     |                                                                                              | 17.       | Jumlah Laporan Pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing Rumah Sakit     | 2 Laporan | 2 Laporan | 100%    |
|     |                                                                                              | 18.       | Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target.                                         | 100%      | 68%       | 68%     |
|     |                                                                                              | 19.       | Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan                                                                | >75%      | 77,11%    | 102,81% |
|     |                                                                                              | 20.       | Persentase kasus <i>Sectio Caesarea</i> emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit    | 60%       | 100%      | 120%    |
|     |                                                                                              | 21.       | Persentase pelaksanaan sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di RS UPT Vertikal                        | 100%      | 81,98%    | 81,98%  |
| 6.  | Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS                                                   | 22.       | Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya                                                         | 100%      | 100%      | 100%    |
|     |                                                                                              | 23.       | Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan                                                              | 95%       | 100%      | 105,26% |
|     |                                                                                              | 24.       | Implementasi pemberian <i>reward</i>                                                                   | 1 Laporan | 1 Laporan | 100%    |

| NO. | SASARAN STRATEGIS                                                            | INDIKATOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TARGET | REALISASI | CAPAIAN |
|-----|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|---------|
|     |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |           |         |
|     |                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |        |           |         |
| 7.  | Terwujudnya Digitalisasi Sistem dan Administrasi Pelayanan yang Terintegrasi | 25. dan <i>punishment</i> pegawai di lingkungan unit kerja sesuai ketentuan.<br>Persentase Layanan rekam medis elektronik (RME), terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (Lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi di rumah sakit vertikal | 100%   | 100%      | 100%    |
| 8.  | Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS                           | 26. Persentase pemenuhan saran, prasarana dan alat (SPA) RS UPT Vertikal sesuai standar                                                                                                                                                                                                                           | 98%    | 90,02%    | 91,86%  |
|     |                                                                              | 27. Persentase alat kesehatan RS UPT vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar                                                                                                                                                                                                                               | 90%    | 94,59%    | 105,10% |
| 9.  | Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik                                  | 28. Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan Badan Pemeriksa Keuangan (BPK) yang telah tuntas ditindaklanjuti.                                                                                                                                                                                                    | 95%    | 85,71%    | 90,22%  |

Sumber Data : Aplikasi E-LAKIP

Tabel 8. Capaian IKU RSB RS Fatmawati Tahun 2024

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 :**

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

**Kondisi yang dicapai :**

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

| Sasaran Strategis                                       | Indikator                    | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri | <i>Return on Asset (ROA)</i> | 2%                | -2,66%    | 0%      |

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 9. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator *Return on Asset (ROA)* Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Return on Asset (ROA) sebesar -2,66% dan tidak mencapai dari target yang ditetapkan sebesar 2%.

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

| Sasaran Strategis                                          | Indikator                    | Tahun 2023 |        |    | Tahun 2024 |        |    |
|------------------------------------------------------------|------------------------------|------------|--------|----|------------|--------|----|
|                                                            |                              | T          | R      | C  | T          | R      | C  |
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri    | <i>Return on Asset (ROA)</i> | 2%         | -3,09% | 0% | 2%         | -2,66% | 0% |
| Keterangan :<br>T : Target<br>R : Realisasi<br>C : Capaian |                              |            |        |    |            |        |    |

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 10. Perbandingan Target dan Realisasi Indikator *Return on Asset (ROA)* Tahun 2024

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan:

- Realisasi Tahun 2023 sebesar -3,09% dari target sebesar 2% sehingga hasil capaian sebesar 0,00%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar -2,66% dari target sebesar 2% sehingga hasil capaian sebesar 0,00%.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami kenaikan sebesar -0,43% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

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

- Ketidakberhasilan pencapaian Rasio *Return On Asset (ROA)* pada Tahun 2024 sebesar -2,66% karena adanya penambahan aset dan dari pemanfaatan aset belum maksimal digunakan serta peningkatan biaya operasional rumah sakit.

#### d) Rekomendasi Hasil Capaian

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

- Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya diseluruh sektor terutama efisiensi farmasi;
- Optimalisasi pemanfaatan aset yang dapat disewakan;
- Perencanaan anggaran yang memprioritaskan pada layanan untuk meningkatkan pendapatan;
- Cakupan pelayanan ditingkatkan;
- Meningkatkan kerjasama layanan kesehatan Non BPJS.

#### 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 Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri | Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU | 95%               | 84,60%    | 89,05%  |

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 11. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU sebesar 84,60% pada TA 2024 belum mencapai.

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

| Sasaran Strategis                                          | Indikator                                  | Tahun 2023 |     |         | Tahun 2024 |        |        |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|-----|---------|------------|--------|--------|
|                                                            |                                            | T          | R   | C       | T          | R      | C      |
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri    | Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU | 95%        | 99% | 104,21% | 95%        | 84,60% | 89,05% |
| Keterangan :<br>T : Target<br>R : Realisasi<br>C : Capaian |                                            |            |     |         |            |        |        |

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 12. Perbandingan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU Tahun 2024

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 99% dari target sebesar 95% sehingga hasil capaian sebesar 104,21%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 84,60% dari target sebesar 95% sehingga hasil capaian sebesar 89,05%.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 14,4% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

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

- Masih belum optimalnya kualitas klaim pasien BPJS;
- Masih belum optimalnya pendapatan dari pasien NON BPJS;

- Transisi sistem informasi yang tidak sesuai dengan harapan untuk mendukung kualitas klaim.

#### d) Rekomendasi

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

- Peningkatan kualitas klaim pasien BPJS dan NON BPJS;
- Perbaikan sistem informasi untuk menunjang kualitas klaim;
- Inovasi pelayanan untuk pasien dengan pembayaran tunai sehingga dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit;
- Pengembangan layanan unggulan dan layanan prioritas;
- Peningkatan pendapatan melalui intensifikasi 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 Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni | 97%               | 91,43%    | 94,26%  |

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 13. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebesar 91,43% dan belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 97% dengan capaian sebesar 94,26%.

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

| Sasaran Strategis                                          | Indikator                                            | Tahun 2023 |        |         | Tahun 2024 |        |        |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|--------|---------|------------|--------|--------|
|                                                            |                                                      | T          | R      | C       | T          | R      | C      |
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri    | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni | 97%        | 99,07% | 102,13% | 97%        | 91,43% | 94,26% |
| Keterangan :<br>T : Target<br>R : Realisasi<br>C : Capaian |                                                      |            |        |         |            |        |        |

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 14. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni Tahun 2024

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 99,07% dari target sebesar 97% sehingga hasil capaian sebesar 102,13%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 91,43% dari target sebesar 97% sehingga hasil capaian sebesar 94,26%.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 7,64% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**d) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan pencapaian kinerja Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni sebagai berikut :

- Terdapat ketidakpastian dalam penerimaan pegawai baru dimana telah tersedia alokasi anggaran rupiah murni namun

tidak disertai penetapan pada tahun berjalan kebijakan penerimaan pegawai dari KEMENPANRB;

**e) Rekomendasi Hasil Capaian**

- 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 Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU | 95%               | 96,45%    | 101,53% |

*Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran*

Tabel 15. Perbandingan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU sebesar 96,45% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 95% dengan capaian sebesar 101,53%.

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

| Sasaran Strategis                                          | Indikator                                  | Tahun 2023 |        |        | Tahun 2024 |        |         |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|--------|--------|------------|--------|---------|
|                                                            |                                            | T          | R      | C      | T          | R      | C       |
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri    | Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU | 95%        | 91,31% | 96,12% | 95%        | 96,45% | 101,53% |
| Keterangan :<br>T : Target<br>R : Realisasi<br>C : Capaian |                                            |            |        |        |            |        |         |

*Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran*

Tabel 16. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU Tahun 2024

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan:

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 91,31% dari target sebesar 95% sehingga hasil capaian sebesar 96,12%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 96,45% dari target sebesar 95% sehingga hasil capaian sebesar 101,53%.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 5,14% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU sebagai berikut :

- Ketersediaan pagu alokasi anggaran rupiah BLU;
- Penyampaian SP3B yang tepat waktu;
- Kesesuaian antara perencanaan dan realisasi anggaran rupiah BLU yang dimonitoring;
- Pemanfaatan sisa alokasi anggaran kontraktual;
- Komitmen pembayaran hutang rumah sakit tahun 2023 – 2024 sebagai tindak lanjut temuan BPK.



#### d) Rekomendasi Hasil Capaian

- Membuat rencana penarikan dana (RPD) setiap bulan;
- Melakukan monitoring dan evaluasi realisasi belanja bersumber rupiah BLU secara periodik;
- Kepatuhan dalam proses perencanaan penganggaran sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

#### 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 Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri | Persentase Nilai EBITDA Margin | 15%               | -31,00%   | 0%      |

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 17. Perbandingan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Nilai EBITDA Margin sebesar -31,00% dan belum

mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 15% dengan capaian sebesar 0%.

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

| Sasaran Strategis                                          | Indikator                      | Tahun 2023 |       |        | Tahun 2024 |         |    |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|-------|--------|------------|---------|----|
|                                                            |                                | T          | R     | C      | T          | R       | C  |
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri    | Persentase Nilai EBITDA Margin | 15%        | 6,81% | 45,40% | 15%        | -31,00% | 0% |
| Keterangan :<br>T : Target<br>R : Realisasi<br>C : Capaian |                                |            |       |        |            |         |    |

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran

Tabel 18. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Nilai EBITDA Margin Tahun 2024

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 6,81% dari target sebesar 15% sehingga hasil capaian sebesar 45,40%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar -31,00% dari target sebesar 15% sehingga hasil capaian sebesar 0%.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami penurunan sebesar - 37,81% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**e) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

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

- Pendapatan tidak mencapai target sedangkan beban operasional RS melebihi dari pendapatan yang diterima;
- Pembayaran klaim dari BPJS kecil sehingga pendapatan turun;
- Pergantian sistem dari SIMGOS ke TM yang membuat pengajuan klaim BPJS juga turun;

- Kenaikan beban operasional untuk menunjang pelayanan terhadap pasien.

#### **f) Rekomendasi Hasil Capaian**

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;
- Kepatuhan dalam proses perencanaan penganggaran sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku dengan menerapkan prinsip efektif, efisien, optimalisasi sumber daya (fullness).

#### **Indikator Kinerja :**

##### **6) Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik**

#### **Definisi Operasional :**

Persentase kinerja keuangan RSV yang baik adalah rumah sakit yang mempunyai kinerja keuangan dengan rasio kas dan rasio POBO memenuhi standar dalam satu tahun anggaran.

#### **Formula Perhitungan :**

- Rasio kas dalam rentang Standar (180-360%) diberikan skor 100;
- Rasio kas diluar rentang standar ( 180-360) diberikan skor 50;
- Rasio Pobo diatas nilai standar (>45% atau >65%) diberikan skor 100;
- Rasio Pobo dibawah nilai standar (<45% atau <65%) diberikan skor 50;
- Nilai standar POBO RS mengacu pada Perjanjian kinerja;

- Kategori baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO sama dengan 100;
- Kategori kinerja tidak baik bila nilai rata-rata rasio kas dan POBO kurang dari 99;
- Nilai rata-rata dihitung dengan menjumlahkan skor rasio kas dan rasio pobo dibagi dua.

#### Kondisi yang dicapai :

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

| Sasaran Strategis                                       | Indikator                                                | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri | Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik | 100%              | 75,00%    | 75,00%  |

Sumber Data : Tim Kerja Akuntansi dan BMN

Tabel 19. Perbandingan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik sebesar 75,00% dan belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 75,00%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan selama masa pandemi COVID-19 sehingga RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat

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

**c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Hasil Realisasi Indikator "Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik" pada Tahun 2024 adalah 75,00%. Hal ini menunjukkan bahwa indikator tersebut tidak tercapai dari target yang ditetapkan yakni 100%. Ketidakberhasilan capaian kinerja ini dipengaruhi karena adanya kas yang disebabkan karena :

- Pendapatan tidak mencapai target sedangkan beban operasional RS melebihi dari pendapatan yang diterima;
- Pembayaran klaim dari BPJS kecil sehingga pendapatan turun, dan;
- Pengeluaran kas naik.

**d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya mencapai keberhasilan Persentase capaian tata kelola RS Vertikal BLU yang baik dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Meningkatkan kendali mutu dan kendali biaya di seluruh sektor, terutama efisiensi farmasi;
- Optimalisasi proses klaim dan percepatan penagihannya;
- Perencanaan anggaran yang memprioritaskan pada layanan.

**b. Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan**

**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 Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan | Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat | 82%               | 90,80%    | 110,73% |

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 20. Perbandingan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat sebesar 90,80% dan melampaui target yang ditetapkan yakni sebesar 82% dengan capaian sebesar 110,73%.

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

| Sasaran Strategis                                          | Indikator                                        | Tahun 2023 |        |         | Tahun 2024 |        |         |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------|--------|---------|------------|--------|---------|
|                                                            |                                                  | T          | R      | C       | T          | R      | C       |
| Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan                 | Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat | 80%        | 86,92% | 108,65% | 82%        | 90,80% | 110,73% |
| Keterangan :<br>T : Target<br>R : Realisasi<br>C : Capaian |                                                  |            |        |         |            |        |         |

Sumber Data : Tim Kerja Organisasi dan SDM

Tabel 21. Perbandingan Target dan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2024

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan:

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 86,92% dari target sebesar 80% sehingga hasil capaian sebesar 108,65%.

- Realisasi Tahun 2024 sebesar 90,80% dari target sebesar 82% sehingga hasil capaian sebesar 110,73%.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 3,88% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

#### **c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Hasil Realisasi Indikator "Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat" pada Tahun 2024 adalah 90,80%. Hal ini menunjukkan bahwa indikator tersebut tercapai dari target yang ditetapkan yakni 82%. Keberhasilan capaian kinerja ini dipengaruhi karena banyaknya perubahan dan perbaikan yang dilakukan oleh manajemen rumah sakit untuk memfasilitasi kebutuhan dan kesejahteraan pegawai.

#### **d) Tindak Lanjut Hasil Capaian**

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan capaian indikator adalah mempercepat proses pelaksanaan dan pengolahan hasil survei kepuasan pelanggan internal.

### **c. Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain**

#### **Indikator Kinerja :**

#### **8) RS Mempunyai Layanan Unggulan yang dikembangkan melalui Kerjasama Internasional**

##### **Definisi Operasional :**

Jumlah layanan unggulan yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS atau institusi kesehatan Luar Negeri.

##### **Formula Perhitungan :**

Jumlah layanan di RS yang dikembangkan melalui kerja sama dengan RS /institusi kesehatan LN baik dalam tahapan peninjauan, negosiasi, maupun sudah ada kesepakatan berupa adanya dokumen kerja sama hingga implementasinya.

**Kondisi yang dicapai :**

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

| Sasaran Strategis                                                              | Indikator                                                                       | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain | RS Mempunyai Layanan Unggulan yang dikembangkan melalui Kerjasama Internasional | 1 Layanan         | 1 Layanan | 100,00% |

*Sumber Data : Instalasi Pengelolaan Inovasi dan Kekayaan Intelektual*

Tabel 22. Perbandingan Realisasi Kinerja Indikator Persentase Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat Tahun 2024

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator RS Mempunyai Layanan Unggulan yang dikembangkan melalui kerjasama Internasional dapat terealisasi.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator RS Mempunyai Layanan Unggulan yang dikembangkan melalui Kerjasama Internasional merupakan indikator baru dalam RSB , sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

**c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- Dukungan manajemen secara paripurna;
- Kesiapan tenaga pengajar yang mumpuni;
- Kesiapan sarana dan prasarana dalam hal ini adalah layanan obgyn yang bermutu di RS Fatmawati.

**d) Rekomendasi Hasil Capaian**

- Tersedianya tamplate draft MOU/PKS yang lengkap dimasing-masing KSM untuk topik pelayanan, pendidikan, dan pelatihan yang dimaksudkan;



- Dukungan manajemen Rumah Sakit secara penuh hingga tercapainya indikator yang dibuat;
- Ketersediaan sumber daya manusia sebagai tim pengajar dari model pelayanan yang di PKS (MOU) kan antara RS Fatmawati dengan *Queensland University Australia*.

#### Indikator Kinerja :

#### 9) Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien

##### Definisi Operasional :

Merupakan indikator komposit yang terdiri dari:

- 1) Persentase Fasilitas pendukung yang memenuhi standar;
- 2) Persentase waktu layanan *end-to-end* tanpa pemeriksaan penunjang kurang dari 120 menit.

##### Formula Perhitungan :

1. Fasilitas Pendukung terdiri dari 4 aspek, yaitu:
  - Parkir;
  - Ruang Tunggu;
  - Taman;
  - Toilet.
 Menggunakan skoring KPI Inisiatif Fasilitas pendukung. Rumus =  $(\text{jumlah skor}/400) \times 100\%$
2. Waktu tunggu rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang Memenuhi jika 80% pasien selesai dilayani dalam <120 menit dari Check in di poli sampai obat selesai disiapkan (kecuali RS Mata, RS Ortopedi 180 menit)  
 Kriteria Eksklusi: Dengan pemeriksaan penunjang, multi poli, pasien tindakan, obat racikan

##### Kondisi yang dicapai :

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

| Sasaran Strategis                                                              | Indikator                                      | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Optimalisasi Mutu Pelayanan Unggulan dan Pengembangan Layanan Lain | Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien | 80%               | 77,49%    | 96,86%  |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien sebesar 77,49% dan belum

mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 80% dengan capaian sebesar 96,86%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

**c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan capaian indikator persentase capaian perbaikan pengalaman pasien Tahun 2024 sebagai berikut :

- Merupakan indikator komposit, terdiri dari 2 (dua) indikator yaitu Fasilitas pendukung yang terdiri dari 4 aspek penilaian pada tahun 2024 sudah mencapai target sebesar 90,88% dan indikator WPRJ belum mencapai target sebesar 64,11% sehingga rata-rata capaian sebesar 77,49%. Ketidaktercapaian WPRJ disebabkan :
  - Masih belum tepatnya waktu mulai pelayanan dokter di rawat jalan;
  - Waktu pelayanan obat yang masih lebih dari target WTO;
  - Belum diaturnya waktu kedatangan pasien dekat dengan jadwal praktek dokter yang dapat mempersingkat waktu menunggu dokter;
  - Sistem IT RS yang belum terintegrasi seluruhnya sehingga membutuhkan waktu untuk memproses obat yang ada restriksi, cetak resep, dan pembuatan label obat;
  - Masih ada pendaftaran yang dilakukan secara langsung tanpa menggunakan aplikasi reservasi online sehingga kedatangan pasien tidak sesuai dengan jadwal dokter praktek.

#### **d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Pemenuhan fasilitas pendukung yang terdiri 4 aspek (Parkir, ruang tunggu, taman, toilet) sesuai standar. Melakukan strategi perbaikan terhadap indikator WPRJ :

- Koordinasi pembuatan/pengaturan jadwal jam praktek dokter sesuai kebijakan pelayanan serta penerapan disiplin kehadiran sesuai jadwal praktek;
- Koordinasi penyusunan sistem reservasi dan pendaftaran secara online yang lebih informatif termasuk pengaturan antrian waktu kedatangann sesuai jadwal dokter secara online;
- Meningkatkan kerja sama dengan provider pengantar obat untuk memudahkan pelayanan obat;
- Ditingkatkannya bridging system IT dan penyediaan informasi tentang obat prosedur khusus atau restriksi pada Transmedik.

#### **Indikator Kinerja :**

##### **10) Persentase Capaian Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan**

#### **Definisi Operasional :**

Persentase capaian kecepatan penanganan keluhan non-medis < 24 jam.

#### **Formula Perhitungan :**

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

Kondisi yang dicapai :

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

| Sasaran Strategis                          | Indikator                                               | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan | Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan | 100%              | 100,00%   | 100,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan sebesar 100,00% dan mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 100,00%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Persentase capaian perbaikan pengalaman pasien merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga 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 persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan :

- Sumber Daya Manusia yang secara rutin dilakukan pelatihan pelayanan prima untuk dapat berkomunikasi dengan efektif selama memberikan pelayanan;
- Ketersediaan sarana dan prasarana untuk penggantian yang rusak atau harus disediakan;
- Perbaikan sistem reservasi untuk dapat dijangkau masyarakat selain dapat didownload melalui playstore aplikasi juga dapat didownload

melalui IOS. Prosedur administrasi agar dibuat lebih simpel sehingga memudahkan pasien dalam mengurus administrasi;

- Komitmen penuh dari pimpinan dan seluruh satuan kerja.

#### **d) Tindak Lanjut Hasil Capaian**

Dalam proses pencapaian kinerja indikator persentase capaian peningkatan kualitas pemberi layanan, meskipun sudah mencapai target masih ada kendala permasalahan yang ditemukan, diantaranya :

- Perlunya optimalisasi sistem reservasi online dan pelayanan RS lainnya;
- Perlu edukasi terhadap pasien yang masih mengantri manual;
- Peningkatan kapasitas petugas dalam melakukan komunikasi yang baik pada saat melakukan pelayanan;
- Upaya perbaikan waktu tunggu pasien.

#### **Indikator Kinerja :**

#### **11) Persentase Capaian Peningkatan Mutu Layanan Klinis**

##### **Definisi Operasional :**

Persentase tercapainya Output Klinis sesuai dengan kekhususan dan unggulan RS pada 10 layanan prioritas. Peningkatan mutu layanan klinis erat berkaitan dengan perilaku nakes pada satuan kerja yang ada, berjalannya mutu layanan berjalan dengan baik perlu adanya standar dan kebijakan yang menjadi acuan dalam pelaksanaan. Dalam Rencana Strategis Bisnis tahun 2020-2024 memasukkan layanan KJSU KIA sebagai layanan prioritas yang akan dikembangkan, tiga layanan prioritas yang ditetapkan menjadi indikator kinerja utama, sebagai berikut :

1. Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam;
2. Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS;
3. Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup.

**Formula Perhitungan :**

Tercapainya output klinis yaitu Capaian indikator klinis terpilih >80%.  
Indikator Klinis terpilih pada RS Umum: sesuai layanan unggulan RS dari 10 layanan prioritas (akan dilakukan desk) Rumus: - terlebih dulu cut-off capaian indikator dikonversi ke 80% - (total kumulatif capaian setelah konversi / jumlah indikator klinis yang diukur).

**Kondisi yang dicapai :****a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini**

| Sasaran Strategis                          | Indikator                                          | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Kepuasan Pelanggan | Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis | 80%               | 98,06%    | 120,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis sebesar 98,06% dan melampaui target yang ditetapkan yakni sebesar 80% dengan capaian maksimal 120,00%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Persentase capaian peningkatan mutu layanan klinis merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

### **c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

- Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 3 jam pada 1x24jam pertama : pasien PGK Stadium 5 yang terindikasi dialisis cito dapat dilakukan dalam 24 jam pertama setelah dinyatakan pasien tersebut memerlukan dialisis cito. Beberapa faktor yang menjadi risiko penyebab memanjangnya pelayanan dialisis cito adalah terkait kondisi umum pasien (tidak transportable), menunggu inform consent dari keluarga, menunggu hasil lab (terutama hasil screening HD), terkait akses vascular dan jarak tempuh petugas dari rumah ke rumah sakit (diluar jam kerja). Tetapi dari semua faktor risiko tersebut, pelaksanaan dialisis cito tetap dapat dilakukan sesuai target;
- Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia /eklampsia di RS: Jumlah ibu melahirkan dengan kasus pre\_eklamsia/ eklamsia di RS fatmawati cenderung kecil karena faktor rujukan berjenjang yang semakin baik dan juga selama ini RS Fatmawati melakukan pengampunan dalam rangka penurunan AKI dan AKB;
- Jumlah seluruh pasien stroke iskemik yang dapat diperhitungkan pada Triwulan II adalah 79 orang dan semuanya pulang rawat dengan status hidup. Dari target 90% maka hasil realisasi pasien stroke iskemik yang pulang rawat dengan status hidup melebihi target karena sedini mungkin tatalaksana yang diberikan sudah tepat.

### **d) Rekomendasi Hasil Capaian**

- Monitoring dan evaluasi indikator secara berkala;
- Koordinasi dengan seluruh unsur pelayanan di rumah sakit untuk menjaga ketercapaian indikator di semester II Tahun 2024.

- d. Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan, dan penelitian

Indikator Kinerja :

**12) Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN**

**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 :**

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

| Sasaran Strategis                                                                           | Indikator                                       | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian | Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN | 10%               | 2,25%     | 22,5%   |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien Non JKN sebesar 2,25% dan belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 10% dengan capaian sebesar 22,5%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Persentase peningkatan kunjungan pasien non JKN merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.



### **3) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Tidak tercapainya target persentase peningkatan kunjungan pasien jaminan Non-JKN dapat dilihat dari beberapa aspek, diantaranya:

- Belum terbentuk secara teknologi penghitungan jumlah pasien Non JKN untuk memudahkan penarikan data;
- Belum maksimalnya promosi tentang pelayanan rawat jalan eksekutif griya husada yang disampaikan kepada masyarakat melalui media sosial dan website RS atau media yang ada di lingkungan RS Fatmawati;
- Belum maksimalnya kegiatan promosi yang dilakukan di luar rumah sakit;
- Belum maksimalnya kegiatan gathering/Round Table Discussion dengan perusahaan yang bekerjasama secara rutin;
- Belum secara seragam layanan prima yang dilakukan oleh seluruh staf untuk meningkatkan customer experience;
- Belum terintegrasinya akses pelanggan yang mudah untuk menjangkau rumah sakit;
- Belum terpenuhinya kelengkapan sarana dan prasarana yang dapat memenuhi kebutuhan masyarakat untuk mempermudah masyarakat menjangkau layanan RS.

### **4) Tindak Lanjut Hasil Capaian**

- Membuat sistem penghitungan jumlah pasien non JKN;
- Meningkatkan promosi tentang pelayanan rawat jalan eksekutif griya husada yang disampaikan kepada masyarakat melalui media social dan website RS atau media yang ada di lingkungan RS Fatmawati;
- Meningkatkan promosi pelayanan yang dilakukan di luar RS seperti kegiatan promosi di CFD dan Mall;
- Mengadakan kegiatan gathering/Round Table Discussion dengan perusahaan yang bekerjasama secara rutin;
- Terus menerus memberikan keseragaman layanan prima yang dilakukan oleh seluruh staf untuk meningkatkan customer experience;

- Bekerjasama antara pemerintah daerah dalam pemenuhan fasilitas transportasi terintegrasi dengan RS Fatmawati;
- Memenuhi sarana dan prasarana yang dapat mempermudah masyarakat menjangkau rumah sakit.

#### **5) Kendala/permasalahan dalam pencapaian indikator kinerja Tahun 2024**

- Masih adanya perusahaan/asuransi yang bekerjasama tetapi tidak mengirimkan pasien ke RS Fatmawati;
- Belum adanya sistem penghitungan pasien Non JKN

#### **6) Rekomendasi Hasil Capaian**

Jumlah kunjungan pasien non JKN untuk periode berikutnya dapat ditingkatkan dengan melakukan kerjasama dengan pihak kedua sebagai penjamin. (jaminan asuransi komersial, jaminan kantor dan jaminan kerjasama dengan berbagai perusahaan).

#### **Indikator Kinerja :**

#### **13) Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di Rumah Sakit Pendidikan**

##### **Definisi Operasional :**

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

##### **Formula Perhitungan :**

Jumlah penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas dibagi jumlah seluruh penelitian klinik yang mendukung 9 layanan prioritas dikali 100%

## Kondisi yang dicapai :

### 1) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

| Sasaran Strategis                                                                           | Indikator                                                                                              | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian | Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di Rumah Sakit Pendidikan | 10%               | 50,66%    | 120,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di Rumah Sakit Pendidikan sebesar 50,66% dan telah melampaui target yang ditetapkan yakni sebesar 10% dengan capaian maksimal 120,00%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di Rumah Sakit Pendidikan merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

### 3) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di Rumah Sakit Pendidikan tahun 2024 sebagai berikut :

- Dukungan pimpinan RS dalam kegiatan publikasi hasil penelitian dalam bentuk reward dan pembiayaan proses registrasi (article processing charge);
- Adanya bimbingan dari BRIN mulai dari penyusunan protokol penelitian hingga proses publikasi. Dalam prosesnya walaupun indikator ini berhasil namun mengalami permasalahan sebagai berikut :
  - Kurangnya kemampuan peneliti untuk membuat manuskrip dan prosedur publikasi;

- Pembiayaan publikasi (*article processing charge / APC*) terutama publikasi internasional yang mahal dan membutuhkan waktu lama.

#### 4) Rekomendasi Hasil Capaian

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Persentase penelitian klinik terpublikasi yang mendukung 9 layanan prioritas di Rumah Sakit Pendidikan tahun 2024 sebagai berikut :

- Identifikasi penelitian klinis yang mendukung 9 layanan prioritas di RS pendidikan;
- Monitoring dan evaluasi pelaksanaan penelitian;
- Motivasi dan pendampingan publikasi (proses manuskrip hingga submit article);
- Pemberian pembiayaan APC dan reward publikasi;
- Usulan pelatihan, workshop, seminar terkait strategi publikasi hasil riset;
- Pendampingan publikasi dari BRIN dan fasilitator publikasi diselenggarakannya hibah penelitian TA 2024 dengan penampingan berama BRIN;
- Proses penelitian hingga dihasilkan publikasi sampai inovasi terus dilakukan pendampingan;
- Rapat koordinasi dengan satuan kerja/ KSM terkait penelitian.

#### Indikator Kinerja :

##### 14) Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Utama

#### Definisi Operasional :

Rumah Sakit yang mencapai target strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di Kep Menkes.

#### Formula Perhitungan :

Jumlah rumah sakit yang tercapai strata utama setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal.

### Kondisi yang dicapai :

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

| Sasaran Strategis                                                                           | Indikator                                       | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian | Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Utama | 1 RS              | 1 RS      | 100,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Utama adalah 1 RS dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 1 RS dengan capaian sebesar 100,00%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Utama merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

#### c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Pencapaian indikator "Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Utama" Tahun 2024 adalah 100,00%. Hal ini menunjukkan bahwa indikator tersebut telah tercapai dari target yang ditetapkan yakni 1 RS. Hal ini terjadi karena adanya dukungan tim pengampu rumah sakit yang bekerja sama dengan rumah sakit ampuan.

**d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Utama Tahun 2024 sebagai berikut :

- Peningkatan koordinasi pengampunan dengan perencanaan program kerja yang terintegrasi;
- Tim melakukan monev serta pelaporan progress dan capaian pengampunan secara rutin.

**Indikator Kinerja :**

**15) Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Madya**

**Definisi Operasional :**

Rumah Sakit yang mencapai target strata Madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS vertikal Daftar RS yang menjadi target capaian terdapat di Kep Menkes.

**Formula Perhitungan :**

Jumlah rumah sakit yang tercapai strata Madya setelah dilakukan pembinaan oleh RS Vertikal.

**Kondisi yang dicapai :**

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

| Sasaran Strategis                                                                           | Indikator                                       | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian | Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Madya | 4 RS              | 4 RS      | 100,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Madya adalah 4 RS dan telah mencapai

target yang ditetapkan yakni sebesar 4 RS dengan capaian sebesar 100,00%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Madya merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

**c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Pencapaian indikator "Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Madya" Tahun 2024 adalah 3 RS. Hal ini menunjukkan bahwa indikator tersebut belum tercapai dari target yang ditetapkan yakni 4 RS. Hal ini terjadi karena adanya dukungan tim pengampu rumah sakit yang bekerja sama dengan rumah sakit ampuan.

**e) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Jumlah RS yang dibina dan mencapai Strata Madya Tahun 2024 sebagai berikut :

- Peningkatan koordinasi pengampunan dengan perencanaan program kerja yang terintegrasi;
- Tim melakukan monev serta pelaporan progress dan capaian pengampunan secara rutin.

e. Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

Indikator Kinerja :

**16) Persentase Net Death Rate (NDR) di RS Vertikal**

**Definisi Operasional :**

Jumlah kematian yang terjadi pada pasien rawat inap di Rumah Sakit lebih dari 48 jam dalam tahun berjalan.

**Formula Perhitungan :**

Jumlah kematian pada pasien yang dirawat lebih dari 48 jam dalam jangka waktu 1 tahun dibagi jumlah pasien keluar rawat inap (hidup+mati) dalam waktu 1 tahun dikali 100 \*catatan Catatan : Jika capaian NDR RS tahun 2024  $\geq 2,5$  maka RS dianggap tetap mencapai indikator ini, jika persentase penurunan NDR sebesar 1,5% Cara perhitungan persentase penurunan NDR = Persentase NDR Tahun 2023 – Persentase NDR Tahun 2024

**Kondisi yang dicapai :**

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

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                                      | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Persentase Net Death Rate (NDR) di RS Vertikal | < 2,5%            | 6,57%     | 0%      |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Net Death Rate (NDR) di RS Vertikal adalah 6,57% dan belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar < 2,5% dengan capaian sebesar 0%.



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

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                                      | Tahun 2023 |        |         | Tahun 2024 |       |    |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------|--------|---------|------------|-------|----|
|                                                     |                                                | T          | R      | C       | T          | R     | C  |
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Persentase Net Death Rate (NDR) di RS Vertikal | < 2,5%     | -0,30% | 100,00% | < 2,5%     | 6,57% | 0% |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan

- Realisasi Tahun 2023 sebesar -0,30% dari target sebesar < 2,5% sehingga hasil capaian sebesar 100,00%;
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 6,57% dari target sebesar < 2,5% sehingga hasil capaian sebesar 0%;
- Realisasi Tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 6,27% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator Persentase Net Death Rate (NDR) di RS Vertikal sebagai berikut :

- Banyak kasus pasien severity level III yang dikirim ke RS Fatmawati;
- Mutu layanan perlu ditingkatkan agar dapat menurunkan angka kematian di Rumah Sakit.

**d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya memperbaiki capaian indikator Persentase Net Death Rate (NDR) di RS Vertikal dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Berkoordinasi dengan satuan kerja terkait peningkatan mutu pelayanan sehingga pasien keluar hidup meningkat dan menekan angka kematian di RS Fatmawati;
- Dibuatkan tabel pemantauan resiko dan mitigasi risiko secara periodik.
- Updating clinical pathway dan PPK.

**Indikator Kinerja :**

**a) Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing Rumah Sakit**

**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 Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing rumah sakit | 2 Laporan         | 2 Laporan | 100,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di masing-masing rumah sakit adalah 2 Laporan dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 2 Laporan dengan capaian sebesar 100,00%.

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

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                                                   | Tahun 2023 |        |      | Tahun 2024 |           |         |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|--------|------|------------|-----------|---------|
|                                                     |                                                             | T          | R      | C    | T          | R         | C       |
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan | 2 Kali     | 2 Kali | 100% | 2 Laporan  | 2 Laporan | 100,00% |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 2 kali dari target sebesar 2 Kali sehingga hasil capaian sebesar 100,00%;
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 2 Laporan dari target sebesar 2 Laporan sehingga hasil capaian sebesar 100,00%;
- Realisasi Tahun 2024 nilainya sama jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

#### **c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing-Masing Rumah Sakit 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 diaudit sudah ditetapkan secara jelas oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Rujukan;

#### **d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Jumlah Laporan Pelaksanaan Audit Medis Pada 9 Kasus Layanan Prioritas di Masing Masing Rumah Sakit sebagai berikut :

- Melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas;
- Mensosialisasikan laporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas ke seluruh KSM di RS Fatmawati;
- Agar dilakukan reaudit pada 6 bulan berikutnya.apakah rekomendasi dari hasil audit medis telah dijalankan sehingga dapat memberikan perbaikan yang diharapkan.

## Indikator Kinerja :

### a) Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target

#### 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 tiap bulan (Jan-des) dengan capaian :

1. Kepatuhan kebersihan tangan  $\geq 90\%$
2. Kepatuhan penggunaan APD 100%
3. Kepatuhan identifikasi pasien 100%
5. Waktu tunggu rawat jalan  $\geq 80\%$
6. Penundaan operasi elektif  $\leq 5\%$
8. Pelaporan hasil kritis laboratorium 100%
9. Kepatuhan penggunaan formularium nasional  $\geq 90\%$
10. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)  $\geq 85\%$
11. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh 100%
12. Kecepatan waktu tanggap complain  $\geq 80\%$
13. Kepuasan pasien IKM  $\geq 80$ .

#### Kondisi yang dicapai :

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

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                                                     | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target | 100%              | 68,17%    | 68,17%  |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target adalah 68,17% dan belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 68,17%.

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

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                                                     | Tahun 2023 |            |      | Tahun 2024 |        |        |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------|------------|------|------------|--------|--------|
|                                                     |                                                               | T          | R          | C    | T          | R      | C      |
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target | 12 Laporan | 12 Laporan | 100% | 100%       | 68,17% | 68,17% |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 12 Laporan dari target sebesar 12 Laporan sehingga hasil capaian sebesar 100,00%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 68,17% dari target sebesar 100,00% sehingga hasil capaian sebesar 68,17% dimana dari 13 indikator nasional mutu (INM) hanya 9 indikator yang memenuhi target INM yang ditetapkan.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 31,83% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Pencapaian indikator "Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target" pada tahun 2024 adalah 68,17%. Hal ini menunjukkan bahwa indikator tersebut tidak tercapai dari target yang ditetapkan yakni 100%. Ketidakberhasilan capaian kinerja ini dipengaruhi oleh 4 indikator yang belum mencapai target, dan 1 indikator tidak bisa dinilai (NA). Kepatuhan rumah sakit menjalankan program mutu nasional, terutama pemantauan indikator nasional mutu sudah dilaksanakan tepat waktu kepada Kementerian Kesehatan. Indikator yang masih belum mencapai target adalah indikator Ketepatan Jam Visite Dokter Spesialis, Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ), Kepatuhan Kebersihan Tangan, dan Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD). Dan 1 indikator yang tidak dapat dinilai adalah indikator Waktu Tanggap Sectio Caesarea Emergency.

#### **d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan pencapaian indikator adalah :

- 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 rawat jalan harus dilakukan secara komprehensif, kebijakan pelayanan di rawat jalan termasuk sistem utility maksimal dari setiap kubikel harus diterapkan, pengawasan terhadap budaya disiplin harus dibantu dengan IT dan penilaian kinerja sebaiknya berbasis bukti yang autentik;
- Untuk menghasilkan data indikator yang akurat, maka perlu dirancang pengumpulan indikator berbasis sistem teknologi yang terintegrasi, sehingga proses manajemen data mulai dari penginputan, pengumpulan, sampai pelaporan bulanan bisa lebih efektif dan efisien;
- Pemenuhan sarana prasarana untuk pemenuhan layanan baik bagi seluruh stakeholder rumah sakit agar bisa diprioritaskan.

#### **Indikator Kinerja :**

##### **19) Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan**

##### **Definisi Operasional :**

Budaya keselamatan adalah budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya. Dilakukan setiap semester (2x setahun).

##### **Formula Perhitungan :**

|                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| Mengacu kepada pedoman survey budaya keselamatan kemkes/AHRQ |
|--------------------------------------------------------------|

### Kondisi yang dicapai :

#### 1) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                               | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan | > 75%             | 77,11%    | 102,81% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Capaian Hasil Survey Budaya Keselamatan adalah 77,11% dan melampaui target yang ditetapkan yakni sebesar >75% dengan capaian sebesar 102,81%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Capaian hasil Survey Budaya Keselamatan merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

#### 3) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Capaian survey budaya keselamatan pasien tahun 2024 sudah mencapai target sebesar 77,11% sehingga dapat diasumsikan bahwa tingkat budaya keselamatan di rumah sakit sudah kuat karena nilai standar handal ditetapkan oleh AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) adalah sebesar 75%. Namun masih ada 1 dimensi keselamatan yang belum tercapai nilainya masih dibawah standar yang ditetapkan AHRQ yaitu 75%, adapun nilai yang terendah dari budaya keselamatan yaitu pada dimensi pelaporan sebesar 73,3%.

#### 4) Rekomendasi

Upaya mempertahankan keberhasilan indicator capaian Survey Budaya Keselamatan dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Budaya keselamatan pasien di RS Fatmawati harus ditingkatkan lagi dengan mempertahankan aspek-aspek yang sudah mendapatkan respon positif yang kuat dan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mengenai keselamatan pasien dengan cara melakukan resosialisasi keselamatan pasien, alur pelaporan insiden keselamatan pasien dan sistem pembelajaran di RS Fatmawati setiap 6 bulan sekali;
- Menghilangkan hambatan-hambatan terwujudnya budaya keselamatan pasien dengan meningkatkan kemampuan pemimpin, dukungan manajemen terhadap keselamatan dan menghilangkan hambatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien seperti menghilangkan ketakutan karyawan akan dikritik;
- Memberikan umpan balik terhadap kejadian yang dilaporkan diantaranya dengan cara berfokus pada pembelajaran tentang kejadian dengan akar masalah, pelatihan tentang pelaporan, lomba pelaporan internal, membudayakan pelaporan menjadi upaya peningkatan mutu bukan mencari kesalahan individu;
- Melakukan upaya untuk meningkatkan keberanian karyawan untuk berbicara terkait dengan keselamatan pasien dengan tidak memberlakukan hukuman terhadap kesalahan agar menghindari blaming;
- Memberlakukan sistem reward bagi karyawan yang patuh membuat laporan insiden keselamatan pasien;
- Melakukan evaluasi terhadap sistem penugasan untuk menciptakan iklim kerja yang efektif dan menghindari potensi cedera karena kelelahan;
- Meningkatkan kerja tim, diseminasi etika profesi, meningkatkan pemantauan terhadap kepatuhan karyawan dan penerapan code of conduct untuk mencegah perilaku menyimpang;
- Optimalisasi penerapan sasaran keselamatan pasien.



Indikator Kinerja :

**19) Persentase sectio Caesarea Emergensi Kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit**

**Definisi Operasional :**

SC kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit dari sejak keputusan SC diambil hingga dilakukan insisi dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2. SC kategori 1 yaitu fetal distress menetap, prolaps tali pusat atau tali pusat menumbung, gagal vakum/ forsep, rupture uteri imminent (RUI) dan Rupture uteri, serta perdarahan antepartum dengan perdarahan aktif. Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS (dihapus).

**Formula Perhitungan :**

Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi dengan total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS dikali 100  
Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2

**Kondisi yang dicapai :**

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

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                                                                              | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Persentase Sectio Caesarea Emergensi Kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit | 60%               | 100,00%   | 120,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Sectio Caesarea Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit adalah 100,00% dan melampaui target yang ditetapkan yakni sebesar 60% dengan capaian maksimal 120,00%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Persentase *sectio Caesarea Emergensi* Kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

**21) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase *Sectio Caesarea Emergensi* Kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit sebagai berikut :

- Waktu tanggap operasi *Sectio Caesarea* darurat dalam waktu  $\leq 30$  menit terealisasi 100% dengan capaian 167%. Seluruh operasi *sectio caesarea* darurat tercapai dalam waktu  $\leq 30$  menit. Keberhasilan capaian ini dapat mencegah terjadinya kesakitan berat, dan kematian pada ibu dan bayi;
- Difasilitasinya kamar operasi hybrid, yaitu kamar operasi yang bisa diatur tekanan suhu udara ruangnya menjadi positif atau negatif sesuai kebutuhan, diantaranya tindakan *sectio caesarea* darurat yang perlu percepatan dengan standar *respon time*  $\leq 30$  menit;
- Komitmen yang tinggi dari tim SC *emergency* RS Fatmawati;
- Komunikasi antar tim SC *emergency* yang efektif;
- Manajemen IBS berkoordinasi secara rutin dengan instalasi farmasi terkait BMHP dan ISSB terkait fasilitas linen dan instrumen steril.

**22) Rekomendasi**

Upaya mempertahankan keberhasilan Persentase *sectio Caesarea Emergensi* Kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit, dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- Supervisi pelaksanaan pelayanan dan monitoring rutin;

- Resosialisasi dan koordinasi secara berkala antar tim dan satker terkait.

#### Indikator Kinerja :

#### 21) Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

##### Definisi Operasional :

Persentase kasus rujukan melalui SISRUTE yang memiliki respon time kurang dari 1 jam.

##### Formula Perhitungan :

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

##### Kondisi yang dicapai :

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

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                                                    | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) | 100%              | 81,98%    | 81,98%  |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) adalah sebesar 81,98% dan belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 81,98%.

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

| Sasaran Strategis                                   | Indikator                                                    | Tahun 2023 |        |        | Tahun 2024 |        |        |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------|--------|--------|------------|--------|--------|
|                                                     |                                                              | T          | R      | C      | T          | R      | C      |
| Terwujudnya Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien | Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) | 85%        | 70,63% | 83,10% | 100%       | 81,98% | 81,98% |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 70,63% dari target sebesar 85% sehingga hasil capaian sebesar 83,10%;
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 81,98% dari target sebesar 100,00% sehingga hasil capaian sebesar 81,98%;
- Realisasi Tahun 2024 mengalami peningkatan sebesar 11,35% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

- Keterbatasan jumlah petugas admin SISROUTE;
- Aplikasi SISROUTE yang belum dapat diintegrasikan dengan telepon seluler petugas sehingga mempengaruhi respon time.

**d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya mempertahankan keberhasilan Indikator Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISROUTE) sebagai berikut :

- Perbaikan setting aplikasi SISROUTE agar tidak selalu ter-log out secara otomatis, sehingga notifikasi panggilan masuk SISROUTE selalu terdengar dan bisa segera direspon;
- Perbaikan/penyempurnaan sistem aplikasi SISROUTE karena selama ini sistem aplikasi belum mengakomodir pengiriman data pasien (hasil pemeriksaan penunjang) dari dan ke handphone tenaga ahli untuk keperluan konsultasi, mengingat tenaga ahli tidak selalu bisa mengakses aplikasi SISROUTE;
- Pengembangan kompetensi petugas melalui pendidikan dan pelatihan.

**f. Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS**

**Indikator Kinerja :**

**22) 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 Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS | Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya | 100%              | 100,00%   | 100,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya Tahun 2024 adalah sebesar 100,00% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 100,00%.

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

| Sasaran Strategis                          | Indikator                                      | Tahun 2023 |       |         | Tahun 2024 |      |      |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|------------|-------|---------|------------|------|------|
|                                            |                                                | T          | R     | C       | T          | R    | C    |
| Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS | Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya | 98%        | 100 % | 102,04% | 100%       | 100% | 100% |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 100% dari target sebesar 98% sehingga hasil capaian sebesar 102%;
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 100,00% dari target sebesar 100% sehingga hasil capaian sebesar 100,00%;
- Realisasi Tahun 2024 nilainya sama jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

### c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

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

- Pelayanan orthopaedi eksekutif, menuntut adanya peningkatan kompetensi bagi tenaga kesehatan di rumah sakit Fatmawati di tahun 2024;
- Seluruh SDM layanan unggulan pada tahun 2024 mendapatkan pengembangan kompetensinya.

### d) Rekomendasi Hasil Capaian

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

- Mengembangkan strategi pelatihan dan pengembangan yang berfokus pada tujuan RS Fatmawati seperti penerapan pelatihan berlapis;
- Mengembangkan keterampilan/ keahlian yang paling efektif agar tidak ada kesenjangan keterampilan SDM RS;
- Mengembangkan keterampilan baru dengan meninjau kembali pelatihan yang sudah dilaksanakan, mengevaluasi keefektifan pelatihan dengan implementasinya agar dapat memberikan hasil yang sesuai dengan tujuan dan sasaran RS Fatmawati dengan standar kinerja yang telah ditetapkan.

### Indikator Kinerja :

#### 23) 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 Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS | Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan | 95%               | 95,00%    | 100,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan adalah sebesar 95,00% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 95% dengan capaian sebesar 100,00%.

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

| Sasaran Strategis                          | Indikator                                 | Tahun 2023 |         |         | Tahun 2024 |     |      |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|------------|---------|---------|------------|-----|------|
|                                            |                                           | T          | R       | C       | T          | R   | C    |
| Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS | Persentase Pemenuhan SDM sesuai kebutuhan | 93%        | 100,00% | 107,53% | 95%        | 95% | 100% |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan :

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 100% dari target sebesar 93% sehingga hasil capaian sebesar 107%;
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 95,00% dari target sebesar 95% sehingga hasil capaian sebesar 100,00%;
- Realisasi Tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 5% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

### c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target

Pencapaian indikator "Persentase Pemenuhan SDM sesuai Kebutuhan" pada Tahun 2024 adalah 95,00%. Hal ini menunjukkan bahwa indikator tersebut tercapai dari target yang ditetapkan yakni 95%.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian indikator kinerja Tahun 2024 adalah :

1. Rekrutmen skema tenaga mitra
2. Program magang pegawai kerjasam poltekkes Jakarta I, II, dan III
3. Open Bidding
4. Job Vacancy

### d) Rekomendasi Hasil Capaian

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan capaian kinerja indikator adalah :

- Mempercepat proses rekrutmen sehingga pada akhir Tahun 2024 sudah terpenuhi;
- Peningkatan kompetensi SDM layanan unggulan pada Tahun 2024.

## 24) Implementasi pemberian *reward* dan *punishment* pegawai di unit kerja sesuai ketentuan

### Definisi Operasional :

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan oleh pejabat / kementerian untuk mencapai tujuan yang digariskan dalam beberapa keputusan. *Reward* adalah penghargaan atau apresiasi yang diberikan oleh institusi dalam bentuk materil atau non materil bagi pegawai yang memiliki prestasi, kinerja dan inovasi.

*Punishment* adalah sanksi atau hukuman yang diberikan oleh institusi berupa teguran lisan, teguran tertulis sampai dengan pemberhentian kepada pegawai yang melakukan pelanggaran disiplin kinerja.



**Formula Perhitungan :**

Jumlah Laporan *Reward* dan *Punishment* yang dibuat dibagi Jumlah Laporan *Reward* dan *Punishment* yang dibuat sesuai periode pelaporan dikali 100%

Kondisi yang dicapai :

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

| Sasaran Strategis                          | Indikator                                                                           | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS | Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di unit kerja sesuai ketentuan | 1 Laporan         | 1 Laporan | 100,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Implementasi Pemberian *Reward* dan *Punishment* Pegawai dilingkungan unit kerja sesuai ketentuan adalah sebesar 1 Laporan dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 1 Laporan dengan capaian sebesar 100,00%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Implementasi pemberian reward dan punishment pegawai di unit kerja sesuai ketentuan merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan dengan realisasi kinerja serta capaian kinerja tahun lalu dan beberapa tahun terakhir.

**c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian indikator kinerja Tahun 2024 adalah :

- Komitmen organisasi yang tinggi yang berdampak pada peningkatan kinerja pegawai, tujuan, dan strategi yang jelas, menghargai setiap

capaian, mendukung kreativitas karyawan, menciptakan rasa kebersamaan;

- Komitmen SDM yang tinggi terhadap organisasi sehingga mampu memberikan hasil kerja yang optimal;
- Penegakan disiplin pegawai oleh manajemen RS Fatmawati.

#### **d) Rekomendasi Hasil Capaian**

- Pengembangan program reward dengan cakupan lebih luas;
- membuat program pemantauan disiplin pegawai yang terstruktur.

Indikator Kinerja :

**25) Persentase Layanan Rekam Medis Elektronik (RME) Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi di rumah sakit vertikal**

#### **Definisi Operasional :**

Persentase layanan pelaksanaan Rekam Medis Elektronik (minimal 6 layanan yaitu pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi..

#### **Formula Perhitungan :**

Jumlah layanan RME RS Vertikal yang terpenuhi dibagi 6 (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang dan farmasi) dikali 100

**Kondisi yang dicapai :**

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

| Sasaran Strategis                          | Indikator                                                                                                                                                                                                                         | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS | Persentase Layanan Rekam Medis Elektronik (RME) Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi di rumah sakit vertikal | 100%              | 100,00%   | 100,00% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Layanan RME Terintegrasi pada seluruh layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi di rumah sakit vertikal adalah sebesar 100,00% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 100% dengan capaian sebesar 100,00%.

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

| Sasaran Strategis                          | Indikator                                                                                                                                                                                                                         | Tahun 2023 |       |       | Tahun 2024 |       |       |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|-------|------------|-------|-------|
|                                            |                                                                                                                                                                                                                                   | T          | R     | C     | T          | R     | C     |
| Terpenuhinya Kuantitas dan Kualitas SDM RS | Persentase Layanan Rekam Medis Elektronik (RME) Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi di rumah sakit vertikal | 100%       | 100 % | 100 % | 100%       | 100 % | 100 % |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan:

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 100% dari target sebesar 100% sehingga hasil capaian sebesar 100%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 100% dari target sebesar 100% sehingga hasil capaian sebesar 100%.
- Realisasi Tahun 2024 nilainya sama jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

### **c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan indikator Persentase Layanan Rekam Medis Elektronik (RME) Terintegrasi pada seluruh Layanan yakni Pendaftaran, IGD, Rawat Inap, Rawat Jalan, OK, Layanan Penunjang (Lab, Radiologi, Gizi, Rehab Medik), dan Farmasi di rumah sakit vertikal sebagai berikut:

- Aplikasi RME ini sudah terintegrasi dengan BPJS, LIS (Laboratory Information System), PACS (Picture Archiving Communication System), Platform SATU SEHAT Kemenkes;
- Komitmen penuh dari pimpinan dan seluruh satuan kerja
- Ketersediaan server khusus sistem rekam medis elektronik, komputer setiap kubikal poli serta layanan pasien, printer, fingerprint, scan barcode dan pastinya koneksi jaringan yang saling terhubung baik jalur intranet ataupun internet.

### **d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Persentase Layanan Rekam Medis Elektronik (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 :

- Monitoring secara rutin implementasi RME di Rumah Sakit.
- Pembentukan tim khusus percepatan pengembangan sistem Rekam Medis Elektronik
- Edukasi dan pendampingan kepada para tenaga medis di RS

**g. Terpenuhiya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS**

**Indikator Kinerja :**

**26) Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar**

**Definisi Operasional :**

Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Prasarana dan Alat Kesehatan Rumah Sakit.

**Formula Perhitungan :**

Jumlah persentase Sarana, Prasarana dan alat kesehatan yang dimiliki sesuai proporsi pembobotan di ASPAK

**Kondisi yang dicapai :**

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

| Sasaran Strategis                                 | Indikator                                                                                    | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terpenuhiya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS | Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar | 98%               | 90,02%    | 91,86%  |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar adalah sebesar 90,02% dan belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 98% dengan capaian sebesar 91,86%.

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

| Sasaran Strategis                                  | Indikator                                                                                    | Tahun 2023 |        |         | Tahun 2024 |        |        |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|---------|------------|--------|--------|
|                                                    |                                                                                              | T          | R      | C       | T          | R      | C      |
| Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS | Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar | 95%        | 98,49% | 103,68% | 98%        | 90,02% | 91,86% |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan:

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 98,49% dari target sebesar 95% sehingga hasil capaian sebesar 103,68%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 90,02% dari target sebesar 98% sehingga hasil capaian sebesar 91,86%.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 8,47% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

**c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target**

Dari 60 (enam puluh) item alat kesehatan dengan total 126 unit yang telah direncanakan tahun 2024, yang terrealisasi sampai Desember 2024 adalah 60 item dengan 126 unit alkes untuk pengembangan layanan prioritas sesuai dengan RSB. Realisasi pemenuhan alat medik yang mengacu kepada pengembangan layanan prioritas tahun 2024 sebesar 100%. Realisasi pemenuhan alat medik sesuai dengan aplikasi sarana prasaran, dan alat kesehatan (ASPAK) 90,02%. Hal ini disebabkan adanya penghapusan alat medik pada aplikasi ASPAK berpengaruh terhadap penghitungan realisasi dan capaian.

**d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai Standar dilakukan langkah-langkah melakukan pemenuhan, monitoring, dan evaluasi pengadaan alat medik dan alkes pada tahun 2024 sesuai dengan RSB.

### Indikator Kinerja :

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

##### Definisi Operasional :

Persentase alat kesehatan terkalibrasi di RS UPT Vertikal sesuai dengan Permenkes 54 tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan.

##### Formula Perhitungan :

Jumlah alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi dibagi dengan jumlah seluruh alat kesehatan yang wajib dikalibrasi dimiliki Rumah Sakit dikali 100%.

##### Kondisi yang dicapai :

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

| Sasaran Strategis                                  | Indikator                                                                       | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terpenuhinya Standar Sarana, Prasarana dan Alat RS | Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar | 90%               | 94,59%    | 105,10% |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar adalah sebesar 94,59% dan telah mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 90% dengan capaian sebesar 105,10%.

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

Adanya perubahan arah kebijakan secara nasional, sasaran strategis kementerian kesehatan dan perubahan pelayanan membuat RS Fatmawati melakukan Revisi Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2022-2024, dimana dalam Revisi tersebut indikator Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar merupakan indikator baru dalam RSB, sehingga tidak dapat dibandingkan

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

**c) Analisa Keberhasilan Pencapaian Target**

Pencapaian indikator "Persentase Alat Kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar" pada Tahun 2024 adalah 94,59%. Hal ini menunjukkan bahwa indikator tersebut telah melampaui target yang ditetapkan yakni 90%.

**d) Rekomendasi Hasil Capaian**

Upaya mempertahankan keberhasilan indikator persentase alat kesehatan RS UPT Vertikal yang telah dikalibrasi sesuai standar langkah-langkah sebagai berikut :

- Monitoring secara kontinue terkait pelaksanaan kegiatan pengujian / kalibrasi;
- Koordinasi kepada satuan kerja.

**h. Terwujudnya Sistem Tata Kelola yang Baik**

**Indikator Kinerja :**

**28) Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksaan Keuangan (BPK) yang telah tuntas ditindaklanjuti**

**Definisi Operasional :**

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.

**Formula Perhitungan :**

Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah di Tindaklanjuti dibagi dengan Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan



Kondisi yang dicapai :

a) Membandingkan antara target dan realisasi kinerja tahun ini

| Sasaran Strategis                        | Indikator                                                                                                   | Target Tahun 2024 | Realisasi | Capaian |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------|---------|
| Terwujudnya Sistem Tata Kelola yang Baik | Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksaan Keuangan (BPK) yang telah tuntas ditindaklanjuti | 95%               | 85,71%    | 90,22%  |

Berdasarkan tabel diatas hasil realisasi indikator Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksaan Keuangan (BPK) yang telah tuntas adalah sebesar 85,71% dan belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 95% dengan capaian sebesar 90,22%.

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

| Sasaran Strategis                        | Indikator                                                                                                   | Tahun 2023 |        |        | Tahun 2024 |        |        |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|--------|------------|--------|--------|
|                                          |                                                                                                             | T          | R      | C      | T          | R      | C      |
| Terwujudnya Sistem Tata Kelola yang Baik | Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan Badan Pemeriksaan Keuangan (BPK) yang telah tuntas ditindaklanjuti | 92,5%      | 87,50% | 94,59% | 95%        | 85,71% | 90,22% |

Berdasarkan analisis data diatas dapat disimpulkan:

- Realisasi Tahun 2023 sebesar 87,50% dari target sebesar 92,5% sehingga hasil capaian sebesar 94,59%.
- Realisasi Tahun 2024 sebesar 85,71% dari target sebesar 95% sehingga hasil capaian sebesar 90,22%.
- Realisasi Tahun 2024 mengalami penurunan sebesar 1,79% jika dibandingkan dengan realisasi Tahun 2023.

### c) Analisa Ketidakberhasilan Pencapaian Target

Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakberhasilan indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti sebagai berikut :

- Tindak lanjut rekomendasi hasil temuan BPK masih terdapat 1 kasus merupakan rekomendasi tahun 2021 masih belum dapat diselesaikan karena tergantung pada keputusan pembayaran dari PT. POBA yang belum dapat terrealisasi, karena perusahaan tersebut sudah tidak sanggup bayar;
- Terdapat 4 kasus tentang aplikasi persediaan RSF yang belum dapat diselesaikan karena terkait *bridging* dengan aplikasi SAKTI (Kemenkeu).

### d) Rekomendasi Hasil Capaian

Upaya memperbaiki ketidakberhasilan indikator persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti 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 2024 sejumlah 2.480 pegawai, dengan komposisi sebagai berikut :

**a. Gambaran Ketenagaan Rumah Sakit Tahun 2024**

| NO.    | JENIS TENAGA             | ASN      |      |        | NON ASN |     |        | TOTAL |
|--------|--------------------------|----------|------|--------|---------|-----|--------|-------|
|        |                          | PNS/CPNS | PPPK | JUMLAH | BLU     | PTT | JUMLAH |       |
| I.     | DOKTER UMUM              | 31       | 4    | 35     | 3       | 14  | 17     | 52    |
| II.    | DOKTER SPESIALIS         | 178      | 32   | 210    | 3       | 34  | 37     | 247   |
| III.   | PERAWAT                  | 598      | 268  | 866    | 9       | 237 | 246    | 1112  |
| IV.    | BIDAN                    | 33       | 12   | 45     | 1       | 0   | 1      | 46    |
| V.     | TENAGA KESEHATAN LAIN    | 272      | 65   | 337    | 10      | 99  | 109    | 446   |
| VI.    | NON MEDIS / ADMINISTRASI | 322      | 13   | 335    | 154     | 88  | 242    | 577   |
| JUMLAH |                          | 1434     | 394  |        | 180     | 472 |        | 2480  |
| TOTAL  |                          | 1828     |      |        | 652     |     |        |       |

Berdasarkan tabel diatas, jumlah SDM berdasarkan status kepegawaian terdiri dari ASN dan NON ASN sebanyak 2.480 orang, dengan rincian SDM berdasarkan status ASN berjumlah 1.828 orang yang terdiri dari 1.434 orang dengan status PNS dan 394 orang dengan status PPPK. Sedangkan SDM berdasarkan NON ASN berjumlah 652 orang yang terdiri dari 180 orang dengan status Pegawai BLU dan 472 orang dengan status Pegawai Tidak Tetap (PTT).

**b. Gambaran Jenis Tenaga Rumah Sakit Tahun 2024**

|         | JENIS TENAGA            | JENIS TENAGA               | JUMLAH JAN 2024 | PENSIUN | PENGADAAN / DIANGKAT PPPK | MENINGGAL DUNIA/ PINDAH | JUMLAH DES 2024 |
|---------|-------------------------|----------------------------|-----------------|---------|---------------------------|-------------------------|-----------------|
| ASN     | NON MEDIS/ ADMINISTRASI | TENAGA NON MEDIS           | 353             | 20      | 7                         | 5                       | 335             |
|         | BIDAN                   | BIDAN                      | 35              | -       | 10                        | -                       | 45              |
|         | PERAWAT                 | PERAWAT                    | 831             | 23      | 59                        | 1                       | 866             |
|         | TENAGA KESEHATAN LAIN   | TENAGA KESEHATAN LAIN      | 320             | 7       | 27                        | 3                       | 337             |
|         | TENAGA MEDIS            | DOKTER GIGI SPESIALIS      | 11              | -       | -                         | -                       | 11              |
|         |                         | DOKTER GIGI UMUM           | 1               | -       | -                         | -                       | 1               |
|         |                         | DOKTER SPESIALIS           | 103             | -       | 19                        | -                       | 122             |
|         |                         | DOKTER SPESIALIS KONSULTAN | 80              | 2       | -                         | 1                       | 77              |
|         |                         | DOKTER UMUM                | 35              | 2       | 1                         | -                       | 34              |
| NON ASN | NON MEDIS/ ADMINISTRASI | TENAGA NON MEDIS           | 229             | -       | 22                        | 9                       | 242             |
|         | BIDAN                   | BIDAN                      | 10              | -       | -                         | 9                       | 1               |

| JENIS TENAGA          | JENIS TENAGA               | JUMLAH JAN 2024 | PENSIUN | PENGADAAN / DIANGKAT PPPK | MENINGGAL DUNIA/ PINDAH | JUMLAH DES 2024 |
|-----------------------|----------------------------|-----------------|---------|---------------------------|-------------------------|-----------------|
| PERAWAT               | PERAWAT                    | 215             | -       | 51                        | 20                      | 246             |
| TENAGA KESEHATAN LAIN | TENAGA KESEHATAN LAIN      | 124             | -       | -                         | 5                       | 109             |
| TENAGA MEDIS          | DOKTER GIGI SPESIALIS      | -               | -       | -                         | -                       | -               |
|                       | DOKTER GIGI UMUM           | -               | -       | -                         | -                       | -               |
|                       | DOKTER SPESIALIS           | 33              | -       | -                         | 7                       | 26              |
|                       | DOKTER SPESIALIS KONSULTAN | 11              | -       | -                         | -                       | 11              |
|                       | DOKTER UMUM                | 16              | -       | 1                         | -                       | 17              |
|                       | <b>GRAND TOTAL</b>         | <b>2.407</b>    |         |                           |                         | <b>2.480</b>    |

Berdasarkan tabel diatas jumlah pegawati RSUP Fatmawati awal Tahun 2024 sebanyak 2.407 orang, terdapat penambahan dan pengurangan jumlah pegawai selama tahun 2022 dikarenakan penambahan pengadaan kebutuhan SDM dan pengurangan karena pegawai pensiun, mutasi eksternal, meninggal dan mengundurkan diri, sehingga pada akhir tahun 2024 jumlah pegawai di RSUP Fatmawati berjumlah 2.480 orang.

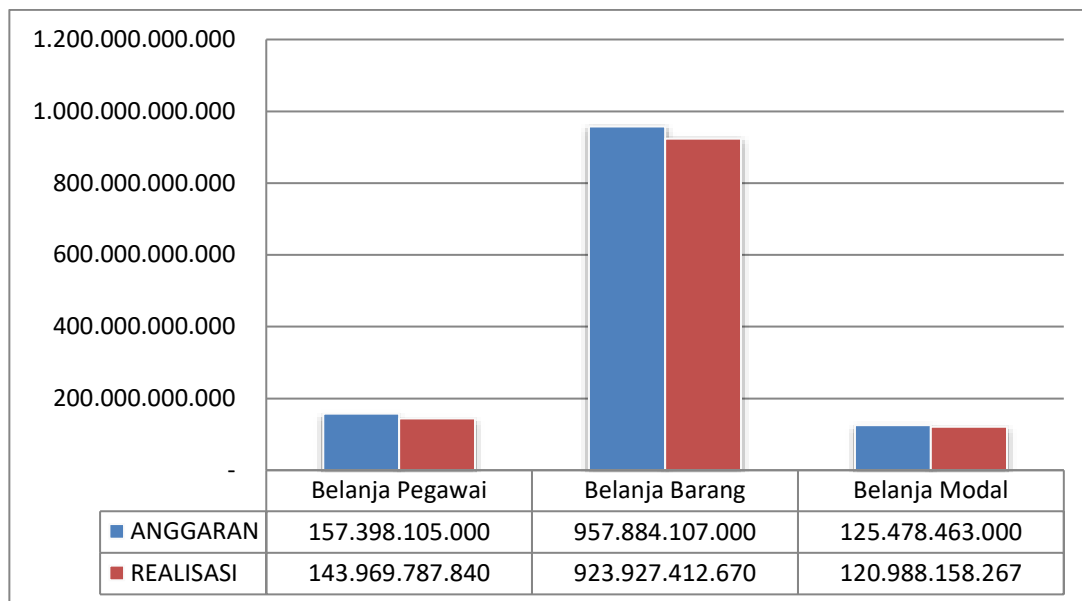
## 2. Sumber Daya Anggaran

Realisasi Anggaran Tahun 2024 :

**Tabel 1 Realisasi Anggaran RS Fatmawati Tahun 2024**

| No | Sumber Anggaran | Jenis Belanja   | Pagu Anggaran            | Realisasi                | %             | Saldo                 |
|----|-----------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-----------------------|
| 1  | RM              | Belanja Pegawai | 157.398.105.000          | 143.969.787.840          | 91,47%        | 13.428.317.160        |
|    |                 | <b>Total</b>    | <b>157.398.105.000</b>   | <b>143.969.787.840</b>   | <b>91,47%</b> | <b>13.428.317.160</b> |
| 2  | PNBP            | Belanja Barang  | 957.884.107.000          | 923.927.412.670          | 96,46%        | 33.956.694.330        |
|    |                 | Belanja Modal   | 125.478.463.000          | 120.988.158.267          | 96,42%        | 4.490.304.733         |
|    |                 | <b>Total</b>    | <b>1.083.362.570.000</b> | <b>1.044.915.570.937</b> | <b>96,45%</b> | <b>38.446.999.063</b> |
| 3  | Jumlah          | Belanja Pegawai | 157.398.105.000          | 143.969.787.840          | 91,47%        | 13.428.317.160        |
|    |                 | Belanja Barang  | 957.884.107.000          | 923.927.412.670          | 96,46%        | 33.956.694.330        |
|    |                 | Belanja Modal   | 125.478.463.000          | 120.988.158.267          | 96,42%        | 4.490.304.733         |
|    |                 | <b>Total</b>    | <b>1.240.760.675.000</b> | <b>1.188.885.358.777</b> | <b>95,82%</b> | <b>51.875.316.223</b> |

Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran



**Diagram 1 Realisasi Anggaran RS Fatmawati Tahun 2024**

*Sumber Data : Tim Kerja Perencanaan Anggaran*

Berdasarkan tabel dan gambar grafik diatas dapat dijelaskan bahwa hasil realisasi belanja anggaran sampai dengan bulan Desember Tahun 2024 sebesar Rp. 1.188.885.358.777,- (95,82%) dari alokasi anggaran sebesar Rp. 1.240.760.675.000,- dengan rincian sebagai berikut :

- Belanja Pegawai : pagu alokasi anggaran sebesar Rp. 157.398.105.000,- realisasi belanja Rp. 143.969.787.840,- (91,47%).
- Belanja Barang : pagu alokasi anggaran Rp. 957.884.107.000,- realisasi belanja Rp. 923.927.412.670,- (96,46%).
- Belanja modal : pagu alokasi anggaran Rp. 125.478.463.000,- realisasi belanja Rp. 120.988.158.267,- (96,42%).

### 3. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sarana dan Prasarana yang ada di RS Fatmawati sesuai laporan posisi Barang Milik Negara Per 31 Desember 2024, berupa :

**Tabel 2 Sarana dan Prasarana yang ada di RS Fatmawati sesuai Laporan Posisi Barang Milik Negara Per 31 Desember 2024**

|                                        |                                       |
|----------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>BMN INTRAKOMTABEL</b>               |                                       |
| Posisi Awal (1 Januari 2024)           | Rp. 6.479.584.136.501,-               |
| Penambahan                             | Rp 150,305,505,544,-                  |
| Pengurangan                            | Rp. 39,339,505,122,-                  |
| <b>Posisi Akhir (31 Desember 2024)</b> | <b><u>Rp. 6,590,550,136,923,-</u></b> |
| <b>BMN EKSTRAKOMTABEL</b>              |                                       |
| Posisi Awal (1 Januari 2024)           | Rp. 1.012.487.168,-                   |
| Penambahan                             | Rp 4,645,000,-                        |
| Pengurangan                            | Rp 9,320,000,-                        |
| <b>Posisi Akhir (31 Desember 2024)</b> | <b><u>Rp. 1,007,812,168,-</u></b>     |
| <b>BMN GABUNGAN INTRA &amp; EKSTRA</b> |                                       |
| Posisi Awal (1 Januari 2024)           | Rp. 6.480.596.623.669,-               |
| Penambahan                             | Rp. 150,310,150,544,-                 |
| Pengurangan                            | Rp. 39,348,825,122,-                  |
| <b>Posisi Akhir (31 Desember 2024)</b> | <b><u>Rp 6,591,557,949,091,-</u></b>  |
| <b>BMN ASET TAK BERWUJUD</b>           |                                       |
| Posisi Awal (1 Januari 2024)           | Rp. 3.701.293.599 ,-                  |
| Penambahan                             | Rp. 0,-                               |
| Pengurangan                            | Rp. 0,-                               |
| <b>Posisi Akhir (31 Desember 2024)</b> | <b><u>Rp. 3.701.293.599,-</u></b>     |

**Sumber Data : SIMAK BMN**

Berdasarkan hasil laporan Posisi Barang Milik Negara Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan sesuai Neraca Keseluruhan baik dalam bentuk Intrakomtabel, Ekstrakomtabel, Konstruksi dalam Pengerjaan serta barang persediaan dan aset tetap dalam bentuk lainnya sampai dengan 31 Desember 2024 tercatat sebanyak Rp. 6.480.596.623.669,- dengan total nilai penyusutan sebesar Rp. 39,348,825,122,- sehingga posisi barang milik Negara di neraca tercatat Rp. 6,591,557,949,091,-.

## **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 subspesialistik 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 *stakeholders*nya 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 2024 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 2024 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 28 indikator kinerja tahun 2024 pada Kontrak Kinerja telah berhasil dicapai 16 (enam belas) indikator, sedangkan 12 (dua belas) indikator yang belum optimal capaiannya (42,85%). Indikator-indikator tersebut adalah sebagai berikut : *Return on Asset (ROA)*, Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU, Persentase Realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni, Persentase Nilai EBITDA Margin, Persentase Capaian Tata Kelola RS Vertikal BLU yang baik, Persentase Capaian Perbaikan Pengalaman Pasien, Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Non JKN, Persentase *Net Death Rate* (NDR) di Rumah Sakit Vertikal, Persentase Indikator Nasional Mutu (INM) yang mencapai target, Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) di RS UPT Vertikal, Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit UPT Vertikal sesuai standar, dan Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti.

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 2024 didukung oleh anggaran DIPA APBN dan BLU RS Fatmawati. DIPA - RKA K/L Revisi TA 2024 dengan sumber APBN dan PNPB BLU senilai Rp. 1.240.760.675.000,- dengan realisasi anggaran sebesar Rp. 1.188.885.358.777,- atau 95,82% dari alokasi anggaran Tahun 2024.

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**



Piagam Penghargaan KPPN JAKARTA VII



Sertifikat Penghargaan Mitra Inovasi 2025



Piagam Penghargaan Satker dengan Nilai Indikator Kinerja Pelaksanaan Anggaran  
Terbaik Periode Semester I TA 2024



**Piagam Penghargaan UPT dengan Pemantauan Evaluasi Kinerja Penyelenggara Publik (PEKPP) Mandiri Tahun 2024**



Piagam Penghargaan Pemenang Top 20 Jakarta Water Hero 2024