

# RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUP FATMAWATI 2020 -2024 REVISI 2



**Jl. RS Fatmawati, Cilandak Jakarta Selatan 12430**  
**Telp. (021) 7501524, 7666052 (Hunting) Fax 7690123**  
**Email : [rsupf@fatmawatihospital.com](mailto:rsupf@fatmawatihospital.com)**  
**[www.fatmawatihospital.com](http://www.fatmawatihospital.com)**

## KATA PENGANTAR

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati merupakan RS Kelas A dan tersertifikasi sebagai RS Pendidikan selalu berupaya meningkatkan produktifitas dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian. Mengantisipasi perubahan, perkembangan dan tantangan dalam pelayanan kesehatan, RSUP Fatmawati mengambil langkah inisiatif pengembangan strategi pelayanan melalui perumusan Rencana Strategis Bisnis (RSB) RSUP Fatmawati 2020-2024 Revisi ke-2 agar ke depan dapat mewujudkan tujuannya dan mendukung visi Kementerian Kesehatan yaitu untuk "Mewujudkan masyarakat sehat yang produktif, mandiri dan berkeadilan".

Dalam rangka mengoptimalkan RSB yang telah yang disusun dan dijabarkan dalam Indikator Kinerja Utama (IKU), maka upaya strategis yang diambil telah mempertimbangkan kepentingan stakeholders dan program yang disusun akan berdasarkan pendekatan sistematis dan terintegrasi yang mengacu pada Balance Score Card yaitu; Financial, Customer, Internal Business Process, dan Learning and Growth.

Sejalan dengan pilar transformasi kesehatan yang mengamanatkan transformasi layanan rujukan yang memiliki layanan unggulan internasional, penguatan jejaring pengampuan, penguatan pusat riset dan dukungan sistem informasi yang terintegrasi. Indikator kinerja akan diukur pencapaian targetnya. Setiap tahun akan dibuat kontrak kinerja antara Direksi dengan seluruh kepala unit kerja sehingga akan mempermudah monitoring dan evaluasi pelaksanaan RSB setiap tahunnya.

RSB revisi ini sebagai tindak lanjut atas revisi Rencana Strategis Kementerian Kesehatan dan dari periode RSB sebelumnya. RSB ini diharapkan akan menjadi dasar dalam penyusunan rencana tahunan dan tolak ukur akan pencapaian tujuan dan sasaran strategis.

Semoga dengan adanya revisi RSB ini dapat bermanfaat bagi RSUP Fatmawati dalam menerapkan program kerja dari indikator kinerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan kinerja RSUP Fatmawati secara umum.

Direktur Utama RSUP Fatmawati



dr. Andi Saguni, MA  
NIP 197201172000121001

# LEMBAR PERSETUJUAN

## BADAN LAYANAN UMUM RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI JAKARTA

### RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) RSUP FATMAWATI JAKARTA TAHUN 2020 - 2024 REVISI 2

DIREKTUR UTAMA



dr. Andi Saguni, MA  
NIP 197201172000121001

PIL. DIREKTUR PELAYANAN MEDIK,  
KEPERAWATAN DAN PENUNJANG

A blue ink signature of dr. Amrizal Umran, Sp.U (K).

dr. Amrizal Umran, Sp.U (K)  
NIP 196611281997031002

DIREKTUR SUMBER DAYA MANUSIA,  
PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

A blue ink signature of Dr. Dra Vivi Lisdawati, M.Si, Apt.

Dr. Dra Vivi Lisdawati, M.Si, Apt  
NIP 196811181996032001

PIL. DIREKTUR PERENCANAAN,  
ORGANISASI DAN UMUM

A blue ink signature of Ni Ketut Rupini, SH, MARS.

Ni Ketut Rupini, SH, MARS  
NIP 196807241994032002

DIREKTUR KEUANGAN DAN BMN

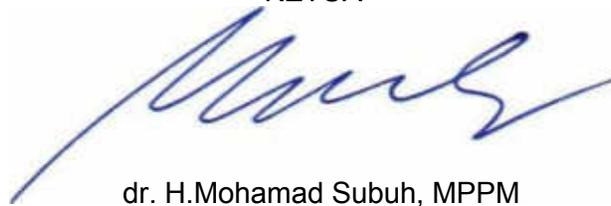
A blue ink signature of Ni Ketut Rupini, SH, MARS.

Ni Ketut Rupini, SH, MARS  
NIP 196807241994032002

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**BADAN LAYANAN UMUM**  
**RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI JAKARTA**

**RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)**  
**RSUP FATMAWATI JAKARTA**  
**TAHUN 2020 - 2024**  
**REVISI 2**

DEWAN PENGAWAS  
KETUA



dr. H. Mohamad Subuh, MPPM

Anggota



dr. Anas Ma'ruf, MKM

Anggota



dr. Anung Sugihantono, M.Kes

Anggota



Mardiasmo

Anggota



Rukijo

## DAFTAR ISI

|   | <b>HAL</b> |
|---|------------|
| <b>BAB I. PENDAHULUAN</b>   |            |
| 1.1 RESUME RENCANA STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN                  | 1          |
| 1.2 VISI DAN MISI RSUP FATMAWATI                                    | 2          |
| 1.3 TARGET RSB  | 5          |
| <br>  |            |
| <b>BAB II. ANALISIS DAN STRATEGI</b>                                |            |
| 2.1 EVALUASI KINERJA RSUP FATMAWATI                                 | 6          |
| 2.2 ANALISA SWOT  | 11         |
| 2.3 INISIATIF STRATEGIS   | 15         |
| <br>  |            |
| <b>BAB III. REVISI RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) 2020-2024</b>     | 17         |
| <br>  |            |
| <b>BAB IV. PENUTUP</b>  | 21         |
| <br>  |            |
| <b>LAMPIRAN</b>   |            |
| 1.1 Kinerja Layanan Tahun 2018 - 2022                               |            |
| 1.2 Layananan Jejaring Prioritas (DM, Uronefro, Kanker, KIA dan PIE |            |
| 1.3 Sumamary Kinerja Keuangan 2018 - 2022                           |            |
| 1.4 ROADMAP RSB Tahun 2023 - 2024 Revisi 2                          |            |
| 1.5 Kamus Indikator   |            |

# **BAB I PENDAHULUAN**

## **1.1 Resume Rencana Strategis Kementerian Kesehatan**

Dalam rangka mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur sesuai dengan RPJPN 2005-2025, Presiden telah menetapkan Visi tahun 2020-2024 yaitu 'Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, mandiri, dan Berkeadilan, Berlandaskan Gotong Royong'. Untuk melaksanakan visi Presiden tersebut, Kementerian Kesehatan menjabarkan di bidang kesehatan yaitu menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri, dan berkeadilan.

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2020-2024 merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang kesehatan (RPJPK) 2005-2025. Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Guna mendukung misi peningkatan kualitas manusia Indonesia, Kementerian Kesehatan telah menjabarkan Misi Presiden tahun 2020-2024, yaitu:

- a. Meningkatkan Kesehatan reproduksi, Ibu, Anak, dan Remaja;
- b. Perbaiki gizi masyarakat;
- c. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit;
- d. Pembudayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS);
- e. Memperkuat sistem Kesehatan.

Untuk mewujudkan misi tersebut dan amanat atas salah satu arahan dari Presiden tentang transformasi kesehatan sebagai kunci dalam menjawab tantangan tersebut adalah reformasi sistem kesehatan. Perubahan tersebut mencakup 6 (enam) hal prinsip yang disebut sebagai pilar transformasi kesehatan yaitu:

1. Transformasi Layanan Primer;
2. Transformasi Layanan Rujukan;
3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan;
4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan;
5. Transformasi SDM Kesehatan;
6. Transformasi Teknologi Kesehatan

Untuk mewujudkan visi dan melaksanakan misi Kementerian Kesehatan telah menetapkan tujuan selama periode 2020-2024 yang salah satunya adalah tersedianya pelayanan kesehatan rujukan yang berkualitas dengan sasaran strategis: (1). Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP dan alat kesehatan pelayanan kesehatan

primer; (2). Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik; (3). Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan dan pengembangan layanan lainnya. Sasaran Program Pelayanan Kesehatan dan JKN yaitu:

- a. Meningkatnya akses pelayanan kesehatan dasar yang berkualitas bagi masyarakat;
- b. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan primer;
- c. Meningkatnya peran fasilitas kesehatan primer milik swasta dalam pelayanan program prioritas masyarakat;
- d. Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan;
- e. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit;
- f. Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4;
- g. Terselenggaranya pelayanan strata 4 di RS vertikal secara optimal;
- h. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan;
- i. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan;
- j. Menurunnya jumlah pasien WNI yang berobat ke luar negeri;
- k. Terselenggaranya pelayanan *center of excellence* di RS vertikal secara optimal;
- l. Tersedianya sistem dan data pelayanan kesehatan terintegrasi;
- m. Meningkatnya ketersediaan obat dan penggunaan obat esensial di pelayanan kesehatan;
- n. Meningkatnya produksi dan penggunaan bahan baku obat, alat kesehatan, alat diagnostik, vaksin dalam negeri;
- o. Meningkatnya mutu alat kesehatan di peredaran;
- p. Terpenuhinya pembiayaan kesehatan pada kegiatan promotif dan preventif dalam mencapai UHC;
- q. Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatan sesuai standar.

Sebagai RS UPT Vertikal Kementerian Kesehatan, RSUP Fatmawati yang juga menerapkan pola keuangan Rumah Sakit Badan Layanan Umum (RS BLU) dituntut untuk menjadi institusi milik pemerintah yang mandiri, berdaya saing tinggi, fokus terhadap kepentingan pasien pun semakin besar. Rumah sakit, sekalipun sebagai institusi *not-for-profit*, rumah sakit juga dituntut untuk mampu berjalan secara profesional, efektif dan efisien sehingga mampu memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi dan berkesinambungan dalam situasi yang penuh tekanan dan tantangan. Untuk mencapai hal tersebut maka setiap rumah sakit harus menyusun rencana strategis (Renstra) atau yang dalam bahasa PPK- BLU (untuk rumah sakit pemerintah) dikenal dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB). Rencana Strategis Bisnis (RSB) secara teknis berfungsi sebagai

salah satu persyaratan administratif BLU dan secara prinsip sebagai pedoman operasional RS ke depan.

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

## **1.2 Visi dan Misi RSUP Fatmawati**

Selaras dengan agenda pembangunan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dan Sebagai Satuan Kerja di bawah Kementerian Kesehatan dan sesuai arahan dari Pemerintah, maka Visi RUP Fatmawati mengacu kepada visi Kementerian Kesehatan “Mewujudkan masyarakat sehat yang produktif, mandiri dan berkeadilan”. Dalam konteks tersebut, maka RSUP Fatmawati merancang strategi capaian tujuan strategis melalui pengembangan layanan unggulan.

RSUP Fatmawati mengembangkan layanan unggulan/*Center of Excellence*: **Orthopaedic Center tingkat ASEAN pada tahun 2024.**

Perumusan misi memperhatikan analisis situasi yang telah dilakukan, yaitu dengan memanfaatkan kekuatan dan peluang yang ada, serta dengan tetap memperhatikan tantangan dan kelemahan yang masih dimiliki oleh RSUP Fatmawati.

Misi RSUP Fatmawati sebagai berikut:

- 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.

Tata nilai RSUP Fatmawati yang juga merupakan budaya organisasi dan perilaku utama RSUP Fatmawati sejalan dengan core values ASN yaitu **BERAKHLAK** (BERorientasi pelayanan, Akuntabel, Kompeten, Harmonis, Loyal, Adaptif dan Kolaboratif). Tata nilai diterapkan dalam rangka mendukung tercapainya tujuan dan sasaran yang ditetapkan. Adapun tata nilai RSUP Fatmawati adalah:

## PROAKTIF BERAKHLAK

(Peduli, Profesional, Integritas, Komitmen, Teamwork dan Inovatif)

| 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. Bertanggungjawab<br>c. berdedikasi<br>d. belajar berkelanjutan  |
| 3  | Integritas  | Keselarasn 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 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 berkerjasama<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 entrepreneurship,<br>c. Inovatif, dan kreatif<br>d. Terbuka terhadap perubahan<br>e. berwawasan ke depan                           |

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Fatmawati merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Dirjen 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 RSUP 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, RSUP Fatmawati memiliki sumber daya yang sangat besar dan membutuhkan pengelolaan yang tepat.

### **1.3 Target RSB**

Tujuan umum dari penyusunan RSB RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

- 1) Panduan dalam menentukan arah strategis dan prioritas tindakan RSUP Fatmawati yang sejalan dengan rencana Aksi Program Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan;
- 2) Pedoman strategis dalam pola penguatan dan pengembangan mutu kelembagaan RSUP Fatmawati;
- 3) Dasar rujukan untuk menilai keberhasilan pemenuhan misi RSUP Fatmawati dan dalam pencapaian tujuan strategis yang telah ditentukan;
- 4) Salah satu rujukan untuk membangun arah jalinan kerjasama dengan para *stakeholder* inti RSUP Fatmawati.

Sedangkan tujuan RSB RSUP Fatmawati adalah sebagai berikut:

- 1) Sebagai kerangka untuk pelaksanaan jangka pendek;
- 2) Sebagai sarana untuk memfokuskan pada pelaksanaan strategi yang telah ditetapkan;
- 3) Sebagai sarana bagi manajemen untuk memahami strategi organisasi;
- 4) Sebagai alat untuk memperkecil rentang alternatif strategi;
- 5) Sebagai sarana untuk memfasilitasi terciptanya anggaran yang efektif;
- 6) Sebagai sarana untuk memfasilitasi dilakukannya alokasi sumber daya yang optimal.

**BAB II**  
**ANALISIS DAN STRATEGI**

**2.1. Evaluasi Kinerja RSUP Fatmawati**

**A. Indikator Kinerja RSB Tahun 2020-2022**

**Tabel 2.1. Capaian Indikator Kinerja Utama RSB Tahun 2020-2022**

| No | Sasaran Strategis                                       | Indikator   | 2020   |           | 2021    |           | 2022   |           |
|----|---|---|--------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|
|    |   |   | Target | Realisasi | Target  | Realisasi | Target | Realisasi |
| 1. | Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri | 1. Cash ratio   | 65%    | 4.781.31% | 75,85%  | 5.060,29% |        |           |
|    |   | 2. Current ratio  | 200%   | 6.089.52% | 212,10% | 6.857,34  |        |           |
|    |   | 3. Kesesuaian perencanaan anggaran dengan realisasi pengadaan |        |           |         |           | ≥95%   | 95%       |
|    |   | 4. <i>Return on Asset</i>                                     |        |           |         |           | 2%     | 2,84%     |
| 2. | Terwujudnya peningkatan kepuasan stakeholder            | 5. Angka kepuasan pelanggan eksternal meningkat               | 80%    | 79.45%    | 81%     | 81,4%     | 82%    | 82.97%    |
|    |   | 6. Angka Kepuasan Pelanggan Internal Meningkat                | 78%    | 71.78%    | 80%     | 70,8%     | 78%    | 87,91%    |
| 3. | Terwujudnya digital marketing                           | 7. Online channel yang terbentuk dalam marketing RS           | 70%    | 258.35%   | 75%     | 108,38%   |        |           |
| 4. | Terwujudnya strategi <i>marketing brand image</i>       | 8. <i>Rating branding image</i>                               |        |           |         |           | 3,5    | 3,2       |

|    |   |   |      |        |      |        |  |  |
|----|---|---|------|--------|------|--------|--|--|
| 5. | Terwujudnya optimalisasi pelayanan terpadu  | 9. Persentase pasien mendapatkan pelayanan kanker terpadu                                 | 80%  | 90.65% | 83%  | 91,14% |  |  |
|    |   | 10. Persentase pasien yang memperoleh pelayanan minimal invasif subspecialistik orthopedi | 30%  | 16.29% | 35%  | 42,61% |  |  |
|    |   | 11. Persentase pasien pelayanan kardiovaskuler intervensi terpadu yang dilayani RS        | 80%  | 69.97% | 65%  | 83,41% |  |  |
|    |   | 12. Pencapaian level kemandirian pelayanan kanker terpadu                                 |      |        |      |        | Terselenggara<br>nya pelayanan<br>kanker level 1 | Terselenggara<br>nya pelayanan<br>kanker level 1 |
|    |   | 13. Persentase jumlah pasien yang mendapatkan pelayanan <i>center of excellence</i>       |      |        |      |        | 30%  | 60,20%   |
|    |   | 14. Persentase level kemandirian pelayanan kardiovaskuler intervensi                      |      |        |      |        | 30%  | 52,35%   |
| 6. | Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik | 15. Kesesuaian terhadap evaluasi 5 (lima) Standar pelayanan kedokteran prioritas.         | 100% | 95.60% | 100% | 99,31% | 100%   | 96,45%   |

|     |   |  |      |        |     |        |          |          |
|-----|---|--|------|--------|-----|--------|----------|----------|
|     |   | 16. Persentase Indeks Persepsi Good Corporate Governance (GCG)                           | 75%  | 75.10% | 80% | 64,70% | 85%      | 76%      |
| 7.  | Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian | 17. Persentase kunjungan pasien jaminan pembiayaan non-BPJS                              | 10%  | 21.20% | 10% | 22,1%  | 10%      | 18,35%   |
|     |   | 18. Jumlah Penelitian RS yang Dilakukan di RSUP Fatmawati                                | 30   | 53     | 31  | 53     | 33       | 36       |
|     |   | 19. Persentase tenaga RS yang diakui sebagai dosen tidak tetap oleh institusi pendidikan | 60%  | 95.31% | 56% | 95,31% | 80%      | 100%     |
| 8.  | Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS  | 20. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya                                       | 92%  | 82.50% | 94% | 79,32% | 96%      | 97%      |
|     |   | 21. Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan  | 88%  | 92.25% | 90% | 85,19% | 92%      | 96,51%   |
| 9.  | Terwujudnya seluruh sistem informasi yang terintegrasi                                      | 22. Level integrasi sistem informasi layanan dan manajemen                               | 100% | 63%    | 83% | 70,20% |          |          |
|     |   | 23. Penerapan modul IT terintegrasi seluruh pelayanan                                    |      |        |     |        | 16 modul | 16 modul |
| 10. | Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS  | 24. Persentase sarana, prasarana dan alat yang berfungsi sesuai standar                  | 85%  | 57.65% | 90% | 68,56% |          |          |

|     |   |   |  |  |     |        |       |        |
|-----|---|---|--|--|-----|--------|-------|--------|
|     |   | 25. Persentase pemenuhan alat medik dan alkes pendukung pelayanan prioritas                             |  |  |     |        | 92%   | 103%   |
|     |   | 26. Persentase pemenuhan fasilitas sarana, prasarana dan perlengkapan untuk mendukung layanan prioritas |  |  |     |        | 92,5% | 92,5%  |
| 11. | Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi | 27. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal                               |  |  | 60% | 72,23% | 70%   | 72,47% |
| 12. | Terwujudnya peningkatan mutu dan keselamatan pasien       | 28. Ketepatan waktu layanan   |  |  |     |        | 85%   | 85,16% |

## **B. Hambatan pelaksanaan**

Belum semua sasaran strategi bisa terlaksana, baik dalam input, proses maupun outputnya. Secara umum indikator kinerja RSUP Fatmawati sudah mencapai target yang ditetapkan dalam RSB periode sebelumnya. Beberapa indikator kinerja yang belum mencapai target dapat terus diupayakan peningkatan dengan memperkecil hambatan yang dipengaruhi asumsi makro dan mikro. Peningkatan kinerja RSUP Fatmawati melalui perbaikan sistem, monitoring dan evaluasi yang berkesinambungan, mengedepankan profesionalisme dan akuntabilitas. Beberapa hambatan yang menjadi tantangan dalam pencapaian indikator dan pelaksanaan rencana strategis sebagai berikut:

### **1. Tantangan Strategis dari Internal RS :**

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

### **2. Tantangan Strategis dari Eksternal RS :**

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

## 2.2. Analisis SWOT

| FAKTOR PELUANG  | FAKTOR ANCAMAN   |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pembiayaan kesehatan meliputi BPJS dan non BPJS</li> <li>2. Meraih predikat WBK dan WBBM</li> <li>3. Menjadi institusi penyelenggara pelatihan terakreditasi</li> <li>4. Kemudahan akses menuju lokasi RSUP Fatmawati yang strategis</li> <li>5. Kebijakan Kemkes tentang Rumah Sakit pengampu pelayanan prioritas KJSU, DM dan KIA dan penyakit infeksi emerging</li> <li>6. Tergabung dalam Academic Health System (AHS)</li> <li>7. Perkembangan teknologi di era IT 5.0</li> <li>8. Pengembangan wisata medis</li> <li>9. Mendapatkan predikat green hospital</li> <li>10. Kerjasama luar negeri dengan RS di luar negeri (sister hospital) dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian</li> <li>11. Menjadi RS piloting platform Satu Sehat</li> <li>12. Menjadi sentral penelitian</li> <li>13. Adanya kerjasama dengan RS vertikal dalam rangka penguatan layanan prioritas</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Somasi yang berpotensi menjadi tuntutan hukum karena tuntutan pelayanan pelanggan/pasien semakin tinggi</li> <li>2. Tingkat kepuasan pasien belum memenuhi standar</li> <li>3. Perkembangan yang pesat pada rumah sakit sekitar terkait kenyamanan, pelayanan dan fasilitas sejenis</li> </ol> |

| FAKTOR KEKUATAN  | FAKTOR KELEMAHAN   |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Status RS yang menerapkan keuangan secara BLU</li> <li>2. Status RS sebagai RS kelas A Pendidikan</li> <li>3. Terakreditasi paripurna</li> <li>4. Kualifikasi dan kompetensi SDM yang andal (komitmen, cakap)</li> <li>5. Memiliki peralatan kesehatan yang canggih</li> <li>6. Lokasi RS yang strategis</li> <li>7. Adanya penetapan layanan unggulan Orthopaedi dan Rehabiltasi Medik</li> <li>8. Sebagai RS Pendidikan Utama FKUIN program studi pendidikan dokter dan PPDS Sp 1</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum optimal kebijakan sistem remunerasi</li> <li>2. Belum adanya sistem penilaian kinerja yang terintegrasi (berbasis elektronik)</li> <li>3. Belum optimal kendali mutu dan biaya pasien</li> <li>4. Belum optimal strategi marketing untuk memenuhi kebutuhan pelanggan</li> <li>5. Supply Chain Management yang masih belum optimal</li> <li>6. Tata letak dan alur pelayanan kurang efisien</li> </ol> |

|  |  |
|--|--|
| <p>9. Sebagai pengampu di wilayah Papua Barat dan layanan prioritas KJSU, DM dan KIA dan penyakit infeksi emerging</p> <p>10. Tersedianya pelayanan terpadu dan multidisiplin</p> <p>11. Adanya kurikulum dan modul pelatihan terakreditasi</p> <p>12. Sudah terintegrasi sistem informasi</p> | <p>7. Pemeliharaan dan pengelolaan SPA yang belum optimal</p> <p>8. Belum optimalnya tata kelola manajemen</p> |
|--|--|

Berikut ini disajikan analisa posisi RSUP Fatmawati:

**Total Nilai Terbobot Peluang**

| NO                         | Faktor Peluang Kritis  | Bobot | Skala (0-100) | (Bobot) X (Skala) |
|----------------------------|--|-------|---------------|-------------------|
| 1                          | Pembiayaan Kesehatan meliputi BPJS dan non BPJS  | 0,1   | 100           | 10                |
| 2                          | Meraih predikat WBK dan WBBM   | 0,08  | 90            | 7,2               |
| 3                          | Menjadi institusi penyelenggara pelatihan terakreditasi  | 0,1   | 100           | 10                |
| 4                          | Kemudahan Akses menuju lokasi RSUP Fatmawati yang strategis  | 0,08  | 100           | 8,0               |
| 5                          | Kebijakan Kemkes tentang Rumah Sakit pengampu pelayanan prioritas KJSU, DM dan KIA dan penyakit infeksi emerging   | 0,07  | 95            | 6,65              |
| 6                          | Tergabung dalam Academic Health System (AHS)   | 0,07  | 90            | 6,3               |
| 7                          | Perkembangan teknologi di era IT 5.0   | 0,07  | 95            | 6,65              |
| 8                          | Pengembangan wisata medis  | 0,06  | 90            | 5,4               |
| 9                          | Mendapatkan predikat green hospital  | 0,07  | 95            | 6,65              |
| 10                         | Kerjasama luar negeri dengan RS di luar negeri (sister hospital) dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian | 0,08  | 90            | 7,2               |
| 11                         | Menjadi RS piloting platform Satu Sehat  | 0,07  | 95            | 6,65              |
| 12                         | Menjadi sentral penelitian   | 0,08  | 95            | 7,6               |
| 13                         | Adanya kerjasama dengan RS vertikal dalam rangka penguatan layanan prioritas                                       | 0,07  | 95            | 6,65              |
| <b>Skor Faktor Peluang</b> |  |       |               | <b>94,95</b>      |

### Nilai Terbobot Ancaman

| No                         | Faktor Ancaman Kritis   | Bobot | Skala (0-100) | (Bobot) X (Skala) |
|----------------------------|---|-------|---------------|-------------------|
| 1                          | Somasi yang berpotensi menjadi tuntutan hukum karena tuntutan pelayanan pelanggan/pasien semakin tinggi | 0,3   | 70            | 21                |
| 2                          | Tingkat kepuasan pasien belum memenuhi standar  | 0,4   | 75            | 30                |
| 3                          | Perkembangan yang pesat pada Rumah sakit sekitar terkait kenyamanan, pelayanan dan fasilitas sejenis    | 0,3   | 85            | 25,5              |
| <b>Skor Faktor Ancaman</b> |   |       |               | <b>76,5</b>       |

### Nilai Terbobot Kekuatan

| NO                          | Faktor Kekuatan Kritis   | Bobot | Skala (0-100) | (Bobot) X (Skala) |
|-----------------------------|--|-------|---------------|-------------------|
| 1                           | Status RS yang menerapkan keuangan secara BLU  | 0,1   | 95            | 9,5               |
| 2                           | Status RS sebagai RS kelas A Pendidikan  | 0,09  | 90            | 8,1               |
| 3                           | RS Fatmawati terakreditasi   | 0,09  | 95            | 8,55              |
| 4                           | Kualifikasi dan kompetensi SDM yang andal (komitmen, cakap)  | 0,08  | 90            | 7,2               |
| 5                           | Memiliki peralatan kesehatan yang canggih  | 0,07  | 90            | 6,3               |
| 6                           | Lokasi RS yang strategis   | 0,08  | 90            | 7,2               |
| 7                           | Adanya penetapan layanan unggulan Orthopaedi dan Rehabiltasi Medik   | 0,08  | 95            | 7,6               |
| 8                           | Sebagai RS Pendidikan Utama FKUIN program studi pendidikan dokter dan PPDS Sp 1                              | 0,08  | 90            | 7,2               |
| 9                           | Sebagai pengampu di wilayah Papua Barat dan layanan prioritas KJSU, DM dan KIA dan penyakit infeksi emerging | 0,08  | 90            | 7,2               |
| 10                          | Tersedianya pelayanan terpadu dan multidisiplin  | 0,09  | 90            | 8,1               |
| 11                          | Kurikulum dan Modul pelatihan terakreditasi  | 0,08  | 90            | 7,2               |
| 12                          | Sudah terintegrasi sistem informasi  | 0,08  | 90            | 7,2               |
| <b>Skor Faktor Kekuatan</b> |  |       |               | <b>91,35</b>      |

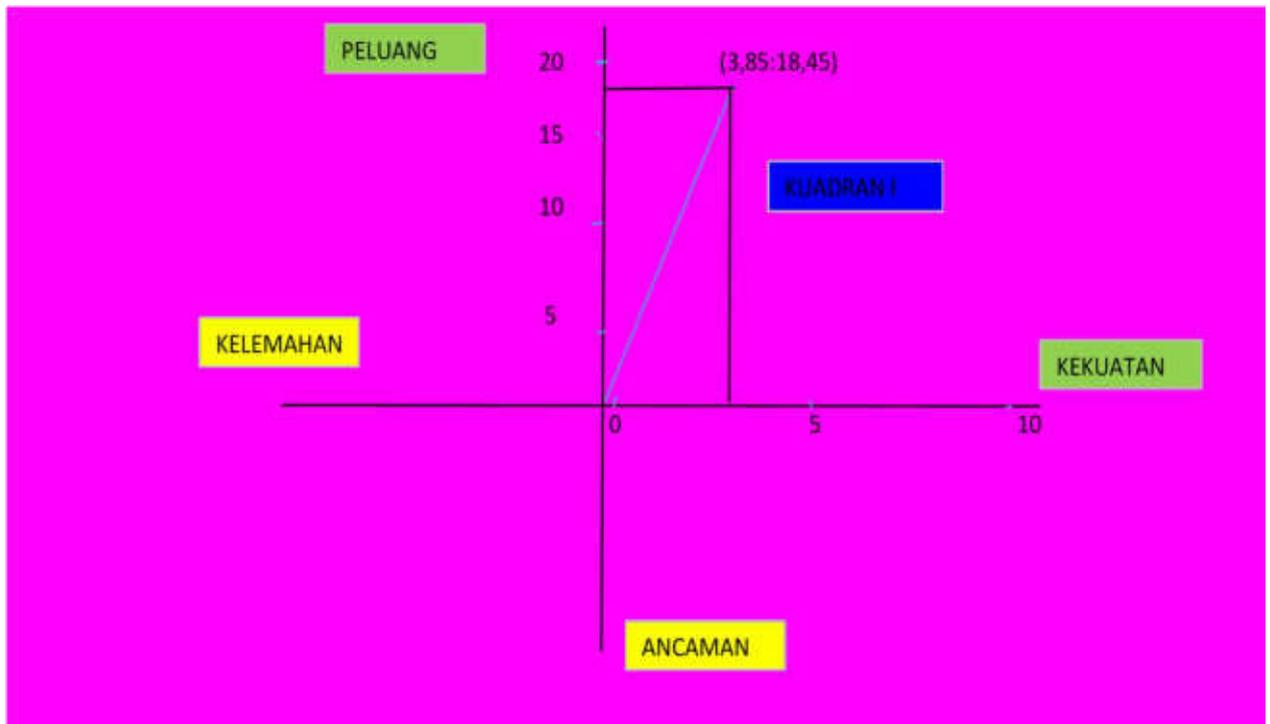
### Nilai Terbobot Kelemahan

| NO                          | Faktor Kelemahan Kritis   | Bobot | Skala (0-100) | (Bobot) X (Skala) |
|-----------------------------|---|-------|---------------|-------------------|
| 1                           | belum optimal kebijakan sistem remunerasi                                     | 0,1   | 90            | 9                 |
| 2                           | Belum adanya sistem penilaian kinerja yang terintegrasi (berbasis elektronik) | 0,2   | 90            | 18                |
| 3                           | Belum optimal kendali mutu dan biaya pasien                                   | 0,2   | 90            | 18                |
| 4                           | Belum optimal strategi marketing untuk memenuhi kebutuhan pelanggan           | 0,1   | 90            | 9                 |
| 5                           | Supply Chain Management yang masih belum optimal                              | 0,1   | 85            | 8,5               |
| 6                           | Tata letak dan alur pelayanan kurang efisien                                  | 0,1   | 85            | 8,5               |
| 7                           | Pemeliharaan dan pengelolaan SPA yang belum optimal                           | 0,1   | 85            | 8,5               |
| 8                           | Belum optimalnya tata kelola manajemen  | 0,1   | 85            | 8,5               |
| <b>Skor Total kelemahan</b> |   |       |               | <b>87,5</b>       |

$$\begin{aligned} \text{Nilai sumbu X} &= \text{total nilai terbobot kekuatan} - \text{total nilai terbobot kelemahan} \\ &= 91,35 - 87,5 \\ &= 3,85 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Nilai sumbu Y} &= \text{total nilai terbobot peluang} - \text{total nilai terbobot ancaman} \\ &= 94,95 - 76,5 \\ &= 18,45 \end{aligned}$$

titik koordinat (sumbu X, sumbu Y) adalah (3,85;18,45). Posisi RSUP Fatmawati berada pada KUADRAN I, yang mengindikasikan bahwa RSUP Fatmawati harus optimal memanfaatkan peluang dan kekuatan. Strategi yang harus diambil dalam kondisi seperti ini adalah mendukung kebijakan pertumbuhan yang agresif atau *growth oriented strategy* dengan memanfaatkan peluang yang ada serta kekuatan internal yang dimiliki perusahaan, memfokuskan arah pengembangannya di masa 2022-2024 untuk terus tumbuh dan berkembang.



**Gambar 2.1. Posisi Bersaing RSUP Fatmawati**

### 2.3. Inisiatif Strategis

RSUP 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:

1. Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri
2. Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan
3. Terwujudnya optimalisasi mutu pelayanan unggulan dan pengembangan layanan lainnya
4. Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian
5. Terwujudnya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
6. Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS
7. Terwujudnya digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi
8. Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS
9. Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik

Untuk mendukung operasional dan pengembangan layanan komersial sebagai BLU yang mandiri secara finansial, maka RSUP Fatmawati akan mengembangkan unit bisnis sebagai berikut:

1. Bedah prima dan ODC prima
2. MCU Advance
3. MRI
4. Cathlab
5. Showroom dan Fatma Rehab Shop
6. Depo farmasi eksekutif
7. Koklea (alat bantu dengar)
8. Fatma Slim

**BAB III**  
**RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) TAHUN 2023-2024**

| NO | SASARAN STRATEGIS                                       | INDIKATOR KINERJA UTAMA   | TARGET    |           |
|----|---|---|-----------|-----------|
|    |   |   | 2023      | 2024      |
| 1. | Terwujudnya kinerja keuangan BLU yang sehat dan mandiri | 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%       |
| 2. | Terwujudnya peningkatan kepuasan pelanggan              | 6. Persentase kepuasan pelanggan eksternal meningkat                          | ≥ 80%     | ≥ 80%     |
|    |   | 7. Persentase kepuasan pelanggan internal meningkat                           | 80%       | 82%       |
|    |   | 8. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang                    | ≥ 80%     | ≥ 80%     |
|    |   | 9. Penundaan waktu operasi elektif  | ≤ 3%      | ≤ 3%      |
|    |   | 10. Kecepatan waktu tanggap komplain  | ≥ 80%     | ≥ 80%     |
| 3. | Terwujudnya optimalisasi mutu pelayanan unggulan dan    | 11. Terselenggaranya pelayanan strata 4 secara optimal pada layanan prioritas | 2 layanan | 2 layanan |

|    |   |  |                                     |                                     |
|----|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
|    | pengembangan layanan lain   | 12. RS umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama                         | 1 layanan                           | 1 layanan                           |
|    |   | 13. Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada layanan prioritas                                       | 1 RS                                | 1 RS                                |
|    |   | 14. Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional   | 1 layanan                           | 1 layanan                           |
|    |   | 15. Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS  | 1 layanan                           | 1 layanan                           |
|    |   | 16. Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Urologi (KJSU)             | 1 indikator tercapai setiap layanan | 1 indikator tercapai setiap layanan |
| 4. | Terwujudnya kerjasama dengan pihak ketiga dalam bidang pelayanan, pendidikan dan penelitian | 17. Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP   | 10%                                 | 10%                                 |
|    |   | 18. Jumlah Penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati yang menjadi <i>evidence based practice</i>            | 35                                  | 37                                  |
| 5. | Terwujudnya peningkatan mutu dan keselamatan pasien   | 19. Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT Vertikal  | 85%                                 | 100%                                |
|    |   | 20. Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap     | ≥ 80%                               | ≥ 80%                               |
|    |   | 21. Persentase penurunan jumlah kematian di RS Vertikal  | < 2,5%                              | < 2,5%                              |
|    |   | 22. Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu ≤ 30 menit  | ≥ 80%                               | ≥ 80%                               |
|    |   | 23. Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan | 2 kali                              | 2 kali                              |

|    |  |  |            |            |
|----|--|--|------------|------------|
|    |  | 24. Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator   | 12 laporan | 12 laporan |
|    |  | 25. Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol  | 12 laporan | 12 laporan |
|    |  | 26. Kepatuhan kebersihan tangan  | ≥ 90%      | ≥ 90%      |
|    |  | 27. Kepatuhan penggunaan APD   | 100%       | 100%       |
|    |  | 28. Kepatuhan identifikasi pasien  | 100%       | 100%       |
|    |  | 29. Pelaporan hasil kritis laboratorium  | 100%       | 100%       |
|    |  | 30. Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional  | ≥ 90%      | ≥ 90%      |
|    |  | 31. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh   | 100%       | 100%       |
| 6. | Terpenuhinya kuantitas dan kualitas SDM RS                                   | 32. Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya   | 98%        | 100%       |
|    |  | 33. Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan  | 93%        | 95%        |
| 7. | Terwujudnya digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi | 34. Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital   | 1 sistem   | 1 sistem   |
|    |  | 35. Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi. | 100%       | 100%       |
| 8. | Terpenuhinya standar sarana, prasarana dan alat RS                           | 36. Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai standar  | 95%        | 98%        |
|    |  | 37. Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar   | 70%        | 80%        |

|    |   |   |       |       |
|----|---|---|-------|-------|
| 9. | Terwujudnya sistem tata kelola RS yang baik | 38. Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)   | ≥ 85% | ≥ 85% |
|    |   | 39. Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan | 92,5% | 92,5% |

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

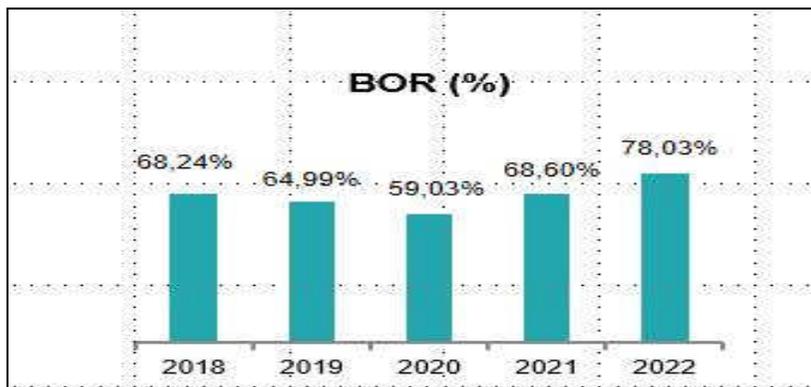
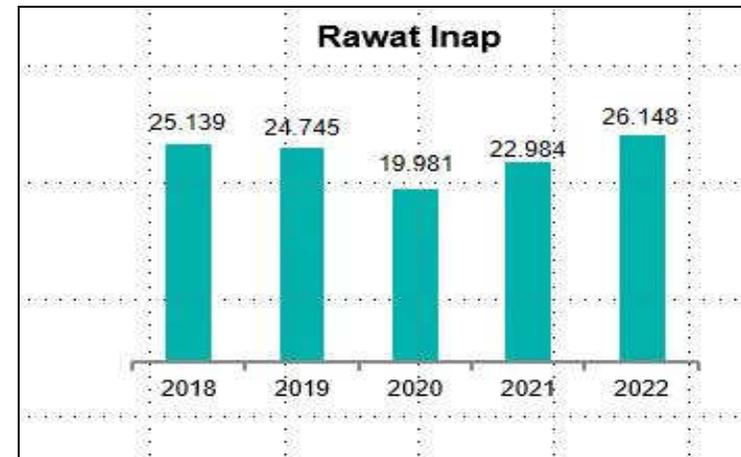
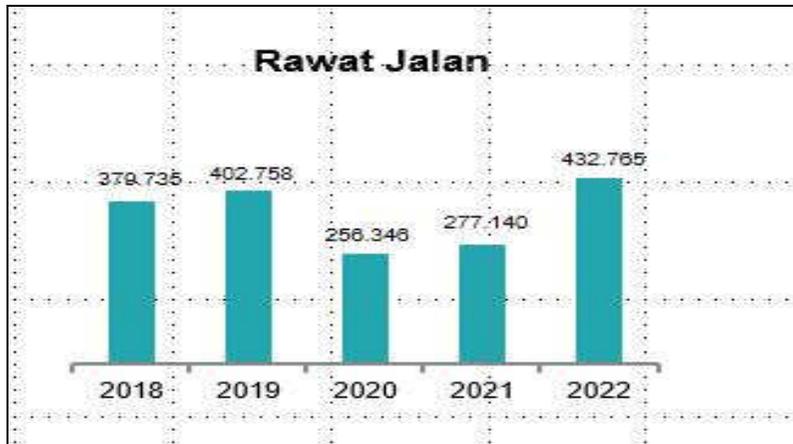
Pada pelaksanaan dalam mewujudkan visi rumah sakit dibutuhkan strategi yang baik dan efektif. Empat perspektif strategi yaitu keuangan, pelanggan, proses bisnis serta pertumbuhan dan pembelajaran menjadi alat bantu dalam menentukan sasaran strategis.

Dokumen revisi RSB adalah upaya merespon atas tantangan, peluang dan perubahan kondisi global untuk memperoleh keunggulan dalam persaingan. Dokumen RSB sebagai acuan dan panduan dalam program pengembangan rumah sakit yang tertuang dalam perencanaan tiap tahunnya.

Hal-hal yang perlu mendapat perhatian dalam revisi RSB periode 2023-2024 yaitu:

1. Sasaran strategis dan indikator merupakan penjabaran dari sasaran strategis dan indikator kinerja Kementerian Kesehatan serta mendukung pilar transformasi kesehatan, salah satunya adalah transformasi layanan rujukan;
2. Pemantapan layanan orthopaedi center sebagai unggulan RS dan menuju unggulan tingkat Asia Tenggara;
3. Penguatan sebagai pusat riset;
4. Penguatan jejaring RS program pengampuan;
5. Pemenuhan alat medik, sarana, prasarana yang mendukung layanan unggulan dan prioritas;
6. Peningkatan kepuasan pasien dan keluarganya serta pegawai;
8. Perbaikan fasilitas pendukung untuk meningkatkan kenyamanan dan kepuasan pasien yaitu parkir, taman, toilet, ruang tunggu;
9. Pemenuhan dan peningkatan kompetensi SDM;
10. Digitalisasi dan sistem informasi layanan dan manajemen yang terintegrasi;
11. Pengembangan paket pelayanan, strategi promosi, *marketing* dan *branding image*, usulan tarif yang meningkatkan daya saing dengan RS sekitar.

### 1.1. Kinerja Layanan Tahun 2018-2022



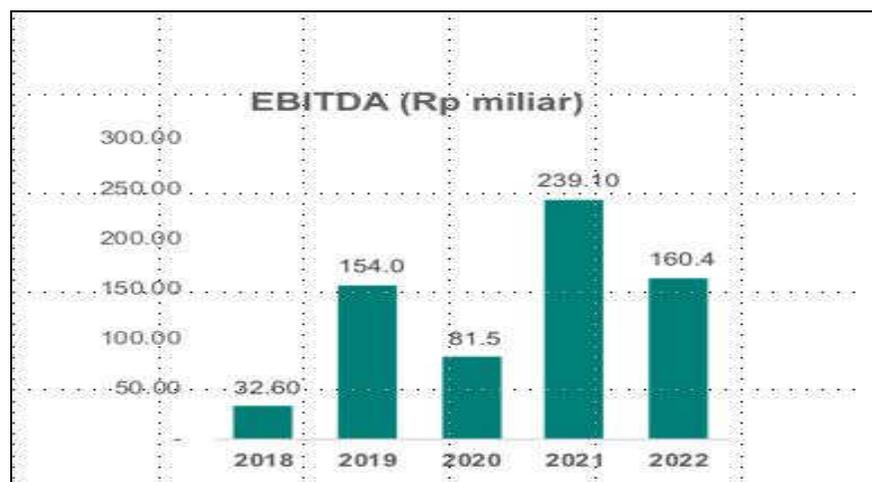
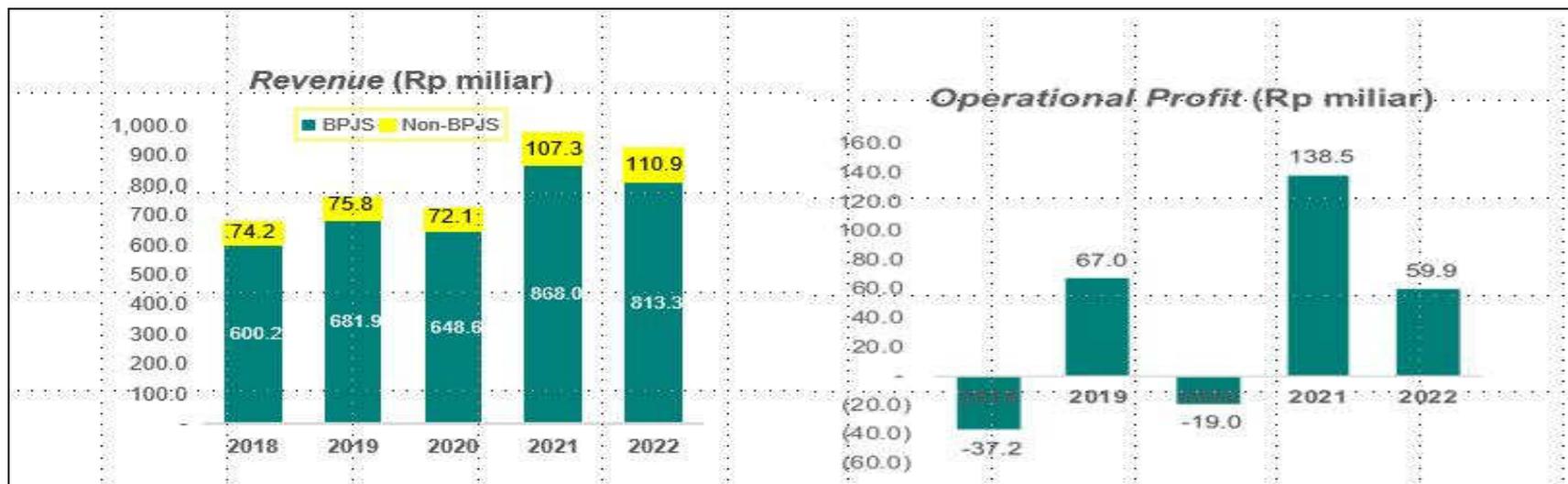
## 1.2. Layanan Jejaring Prioritas

(DIABETES MELLITUS, URONEFROLOGI, KANKER, KESEHATAN IBU DAN ANAK, PENYAKIT INFEKSI EMERGING)

| Layanan Unggulan                            | DM   | Uronefro   | Kanker   | KIA  | PIE   |
|---|--|--|--|--|---|
| Status strats layanan saat ini              | Paripurna  | Utama  | Utama  | Paripurna  | Paripurna   |
| Rata-rata <i>revenue</i> per tahun (miliar) | Rp. 16.993.969.640   | Rp. 36.313.446.800   | Rp. 14.569.313.000   | Rp. 9.395.656.729  | Rp. 37.861.554.860  |
| Rata-rata pasien per tahun (Rawat jalan)    | 12.919   | 40.412   | 8.046  | 4.101  | 3.690   |
| Rata-rata pasien per tahun (Rawat inap)     | 13.408   | 7.672  | 2.850  | 1.457  | 1.814   |
| Kapasitas layanan (jlm poli, OK, dll)       | Poli Rajal & IGH: 13<br>Poli edukasi Diabetes Terpadu<br>Rawat inap; 30 TT   | Poli urologi & GH: 4<br>Rawat inap: 10 TT  | Poli Rajal & GH: 7<br>Rawat inap: 65 TT  | VK: 4<br>Poli Rajal & GH: 23<br>Rawat inap: 63 TT<br>OK: 2   | Poli Rajal: 4<br>Rawat inap: 10<br>OK: 1                        |
| Alkes                                       | a. Impedance Body Analysis Scale (Precision medicine)<br>b. Podoscope (alat menilai dampak DM)<br>c. Continous Glucose | a. Pediatric Cysto Uteroscope Resectoscope (TUR)<br>b. Monopolar<br>c. Mini PCN<br>d. Laser Dust Hollium | a. LINAC<br>b. CT simulator<br>c. Brakhiterapy<br>d. SPECT<br>e. MRI 1.5 T & 3 T | a. USG<br>b. Phototerapy<br>c. CPAP/Buble CPAP<br>d. Neopuff | a. CRRT<br>b. Ventilator<br>c. HFNC<br>d. CPAP/BiPAP Ventilator |

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
|     | Monitoring   | e. URS Fleksibel<br>f. Rigid Urethroscope<br>g. Laparoscopy Endocopy<br>h. Camera Urology<br>i. Hemodialisa (6 Hepatitis B;<br>3 HIV/AIDS; HCU Covid)<br>j. CRRT | f. CT Scan 128<br>g. RIA diagnostic<br>h. Area monitor radiasi<br>i. Mesin<br>pencampuran obat<br>steril |  |  |
| SDM | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 11 tim dokter</li> <li>● Edukator tersertifikasi<br/>terbanyak di Indonesia<br/>(40 orang)</li> </ul> | 6 orang  | 10 orang   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Obgyn: 20 org</li> <li>● Sp.anak: 21 org</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● IPD: 24 org</li> <li>● Sp. Paru: 5 org</li> <li>● Sp. Anak: 21 org</li> <li>● Sp. Kulit &amp; Kelamin: 4 org</li> <li>● Sp. Anestesi: 18 org</li> </ul> |

### 1.3. Summary Kinerja Keuangan 2018-2022



#### 1.4. ROADMAP RSB TAHUN 2023-2024 REVISI 2

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| Visi             | : | Mendukung visi Kementerian Kesehatan: Mewujudkan masyarakat sehat yang produktif, mandiri dan berkeadilan<br>Dengan Layanan Unggulan/Center of Excellence: Orthopaedic center tingkat ASEAN tahun 2024 |
| Misi             | : | 1) Menjadi RS unggul di bidang layanan orthopaedi di kawasan Asia Tenggara;<br>2) Memajukan <i>Research</i> dan <i>Development</i> ;<br>3) Menjadi RS pengampu untuk Program Prioritas/ Unggulan.      |
| Layanan Unggulan | : | Orthopaedic Center   |

| No. | Uraian  | 2023   | 2024  |
|-----|---|--|---|
| 1.  | Layanan prioritas yang ditingkatkan/ dikembangkan | <p>a. Mengembangkan layanan unggulan: <i>Center of Excellence: National Orthopaedic Center</i>;</p> <p>b. Melakukan Kerja Sama Internasional: Inisiasi Global Partnership: MOU dengan SNUH (Korea Selatan), Hospital for Special Surgery (USA), John Hopkins Hospital (USA);</p> | <p>a. Mengembangkan layanan unggulan: <i>Center of Excellence: ASEAN Orthopaedic Center</i>;</p> <p>b. Melakukan Kerja Sama Internasional: Program Fellowship Orthopaedi dengan SNUH (Korsel), Hospital for Special Surgery (USA), John Hopkins Hospital (USA);</p> |

|    |                    |   |  |
|----|--------------------|---|--|
| 2. | Program Pengampuan | <p>a. <b>Pengampu Nasional untuk Orthopaedi:</b><br/>Pengampuan 1 RS di NTB dan 1 RS di Kalimantan Selatan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Peningkatan kapasitas di RSUD Mataram/NTB – Lombok dan RSUD Ulin Banjarmasin/ Kalsel;</li> <li>● Inisiasi jejaring registry kasus Orthopaedi di provinsi ampuan;</li> </ul> <p>b. <b>Pengampu Regional untuk Diabetes Mellitus:</b><br/>Pengampuan 3 RS Utama &amp; 7 RS Madya di provinsi (4 RS di Banten, 3 RS di Kalimantan Barat, 3 RS di Kalimantan Utara);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Program Pengampuan 3 RS Utama melalui Peningkatan kapasitas dalam tatalaksana DM terpadu di RSUD Banten, Kalbar, dan Kalut serta Inisiasi jejaring registry kasus DM di prov ampuan</li> </ul> <p>c. <b>Pengampu Regional untuk Urologi:</b><br/>Pengampuan 4 RS Utama &amp; 16 RS Madya di prov Bengkulu, Jambi dan DKI Jakarta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Program Pengampuan 4 RS Utama melalui Peningkatan kapasitas tatalaksana kasus urologi (dialisis, tindakan bedah urologi) di RSUD di prov</li> </ul> | <p>a. <b>Pengampu Nasional untuk Orthopaedi:</b><br/>Pengampuan 1 RS di NTB dan 1 RS di Kalimantan Selatan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kelanjutan Program Pengampuan: Orthopaedic training center Indonesia di RSUD Mataram – Lombok dan RSUD Ulin Banjarmasin dan;</li> <li>● Inisiasi sistem registry kasus Orthopaedi untuk provinsi ampuan;</li> </ul> <p>b. <b>Pengampu Regional untuk Diabetes Mellitus:</b><br/>Pengampuan 3 RS Utama dan 7 RS Madya di provinsi (4 RS di Banten, 3 RS di Kalimantan Barat, 3 RS di Kalimantan Utara);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kelanjutan Program Pengampuan 3 RS Utama melalui Proctorship dan supervisi penanganan Pelayanan DM terpadu di RSUD Banten, Kalimantan Barat, Kalimantan Utara serta Inisiasi sistem registry kasus DM untuk provinsi ampuan;</li> </ul> <p>c. <b>Pengampu Regional untuk Urologi:</b><br/>Pengampuan 4 RS Utama dan 16 RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kelanjutan Program Pengampuan 4 RS Utama melalui Proctorship dan supervisi tatalaksana</li> </ul> |
|----|--------------------|---|--|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>Bengkulu, Jambi, dan DKI Jakarta serta Inisiasi jejaring registry kasus uronefro di prov. ampunan</p> <p>d. <b>Pengampu Regional untuk Kanker:</b> Pengampunan 3 RS Utama &amp; 26 RS Madya di provinsi DKI Jakarta, Papua, dan Papua Barat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Program Pengampunan 3 RS Utama melalui Peningkatan kapasitas skrining, deteksi dini &amp; tatalaksana kanker di RSUD prov DKI Jakarta, Papua, dan Papua Barat serta Inisiasi jejaring registry kasus kanker di prov ampunan (mengacu pada cancer registry RS Dharmais);</li> </ul> <p>e. <b>Pengampu Regional untuk KIA:</b> Pengampunan 1 RS Utama &amp; 3 RS Madya di provinsi Bangka Belitung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Program Pengampunan 1 RS Utama melalui Peningkatan kapasitas PONEK dan sentra layanan gizi &amp; metabolik di RSUD prov Bangka Belitung serta Inisiasi jejaring registry kasus KIA di prov ampunan</li> </ul> <p>f. <b>Pengampu Regional untuk PIE:</b> Pengampunan 1 RS Utama di &amp; 3 RS Madya provinsi Kalimantan Barat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Program Pengampunan 1 RS Utama melalui Peningkatan kapasitas dalam tatalaksana PIE &amp;</li> </ul> | <p>kasus uronefro (dialisis, prosedur tindakan bedah urologi) di RSUD di provinsi Bengkulu, Jambi, dan DKI Jakarta dan Inisiasi sistem registry kasus Uronefro untuk provinsi ampunan;</p> <p>d. <b>Pengampu regional untuk Kanker:</b> Pengampunan 3 RS Utama dan 26 RS Madya di Prov. DKI Jakarta, Papua dan Papua Barat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kelanjutan Program Pengampunan 3 RS Utama melalui Proctorship dan supervisi skrining, deteksi dini, dan tatalaksana kanker di RSUD prov DKI Jakarta, Papua, dan Papua Barat serta Inisiasi sistem registry kasus kanker di provinsi ampunan (mengacu pada cancer registry RS Dharmais);</li> </ul> <p>e. <b>Pengampu regional untuk KIA:</b> Pengampunan 1 RS Utama dan 3 RS Madya di provinsi Bangka Belitung :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Kelanjutan Program Pengampunan 1 RS Utama melalui Proctorship dan supervisi PONEK dan sentra layanan gizi dan metabolik di RSUD di provinsi Bangka Belitung dan Inisiasi sistem registry kasus KIA untuk provinsi ampunan;</li> </ul> |
|--|--|---|--|

|    |                                |   |   |
|----|--------------------------------|---|---|
|    |                                | mitigasi risiko penyakit potensi wabah di RSUD prov Kalimantan Barat dan inisiasi jejaring registry kasus Penyakit Infeksi Emerging di prov ampuan.   | g. <b>Pengampu Regional untuk PIE:</b> Pengampuan 1 RS Utama di dan 3 RS Madya provinsi Kalimantan Barat : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelanjutan Program Pengampuan 1 RS Utama melalui Proctorship dan supervisi tatalaksana PIE dan mitigasi risiko penyakit potensi wabah di RSUD provinsi Kalimantan Barat serta Inisiasi sistem registry kasus Penyakit Infeksi Emerging untuk provinsi ampuan.</li> </ul>  |
| 3. | Program Transformasi Kesehatan | a. Perbaiki Pengalaman Pasien dengan kegiatan prioritas sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien (Penerapan program SAPA Pasien di Rajal &amp; Ranap, Optimalisasi tim complain handling dan Pelatihan service excellence komprehensif);</li> <li>• Memperbaiki fasilitas pendukung berupa parkir, toilet, taman, ruang tunggu (Penerapan digital parking system, Taman edukasi kesehatan, Penataan ruang terbuka hijau, Renovasi toilet, Relayout ruang tunggu &amp; renovasi fasade gedung, Penataan area komersial);</li> </ul> | a. Perbaiki Pengalaman Pasien dengan kegiatan prioritas sebagai berikut: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengurangi jumlah dan mempercepat penanganan keluhan pasien (Optimalisasi program SAPA Pasien di Rajal &amp; Ranap, Monev complain handling, Updating pelatihan service excellence);</li> <li>• Memperbaiki fasilitas pendukung berupa parkir, toilet, taman, ruang tunggu (Public jogging track, Penataan rumah sakit age, child and difable friendly, Optimalisasi penataan area komersial, Fasilitas wifi hoptspot bagi pengunjung di lingkungan RS);</li> </ul> |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: ruang tunggu antrian pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan OK (Program percepatan reservasi online dan antrian berbasis aplikasi, Revitalisasi sistem admission, Pengembangan aplikasi pengantaran obat, Sosialisasi produk layanan melalui media terpilih, Fast track layanan prioritas);</li> <li>b. Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan dengan kegiatan prioritas meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan (Penerapan remunerasi berbasis kinerja + Optimalisasi <i>Fee for Service</i> diluar, Pengembangan aplikasi e-Kinerja, Program Doctor of the Month, Inisiasi sign in presence pada setiap tindakan medis);</li> <li>c. Peningkatan mutu layanan klinis dengan menerapkan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway (Update PPK &amp; CP pada layanan unggulan dan 9 layanan prioritas berdasarkan Evidence Based Practice);</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memperbaiki waktu pelayanan pasien secara end-to-end: ruang tunggu antrian pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan OK (Optimalisasi sistem reservasi online &amp; admission, Optimalisasi integrasi layanan, Fast track layanan pasien, Revitalisasi homecare, Concierge RSF)</li> <li>b. Peningkatan Kualitas Pemberi Layanan dengan kegiatan prioritas meningkatkan kepatuhan pada jam kerja ditunjang dengan remunerasi yang berkeadilan (Monev ketepatan waktu layanan, Optimalisasi penggunaan aplikasi e-Kinerja, dan Implementasi sign in presence pada setiap tindakan medis);</li> <li>c. Peningkatan mutu layanan klinis dengan menerapkan standar klinis menggunakan PPK dan clinical pathway (Penerapan PPK &amp; CP pada layanan unggulan dan 9 layanan prioritas berdasarkan Evidence Based Practice);</li> </ul> |
|--|--|--|---|

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>d. Peningkatan Tata Kelola RS dengan kegiatan prioritas sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi (Pengembangan dan integrasi eMR pada semua lokus pelayanan, Dashboard tatakelola layanan RSF, Optimalisasi akses Wifi pada seluruh sentral pelayanan, Pengembangan Bank Data rumah sakit untuk <i>quality improvement</i>, Integrasi SIMRS dengan Satu Sehat);</li> <li>● Digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi (Pengembangan SAMRS/Sistem Aset dan Inventory Manajemen RS);</li> <li>● Mengembangkan layanan Non-BPJS (Pembentukan unit bisnis RSF, revitalisasi tim marketing RSF, dedicated admission &amp; one stop service layanan, Pembangunan Gedung Pelayanan Terpadu (one stop service) Tahap 1);</li> <li>● Menerapkan standar perhitungan unit cost pelayanan (Standarisasi perhitungan unit cost pelayanan, Penguatan kapasitas SDM dalam penghitungan unit cost);</li> </ul> | <p>d. Peningkatan Tata Kelola RS dengan kegiatan prioritas sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Digitalisasi sistem dan administrasi pelayanan yang terintegrasi (Optimalisasi penerapan eMR, Peningkatan kapasitas server SIMRS, Optimalisasi akses Wifi pada seluruh sentral pelayanan dan ruang public di lingkungan RS, Optimalisasi Bank Data rumah sakit untuk <i>quality improvement</i>);</li> <li>● Digitalisasi sistem inventory RSV yang terintegrasi (Integrasi SAMRS dnegan SIMRS ;</li> <li>● Mengembangkan layanan Non-BPJS (Optimalisasi unit bisnis RSF, Ekspansi layanan bagi pasien Non-BPJS , Quality assurance layanan non-BPJS, Pembangunan Gedung Pelayanan Terpadu (one stop service) Tahap 2)</li> <li>● Menerapkan standar perhitungan unit cost pelayanan (Penerapan standar perhitungan unit cost pelayanan, Penguatan kapasitas SDM dalam penghitungan unit cost);</li> <li>● Meningkatkan Kinerja Keuangan /12 Indikator kinerja keuangan (Optimalisasi pengelolaan</li> </ul> |
|--|--|---|---|

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meningkatkan Kinerja Keuangan /12 Indikator kinerja keuangan (Optimalisasi pengelolaan keuangan, Optimalisasi revenue center, Pemetaan cost center dan perencanaan efisiensi cost);</li> <li>e. Pengembangan Clinical Research Unit (RSUP Fatmawati dengan BRIN, FK UIN, AHS/UI dan SNUH Korea Selatan): Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset</li> <li>• <b>Program Orthopaedi:</b> Pengembangan metode minimal invasive, instrument /diagnostik kasus deformitas berat , registrasi data based kasus dan penyusunan NSPK nasional dalam rangka peningkatan produktifitas hidup;</li> <li>• <b>Program DM:</b> Pengembangan metode Kendali Hiperglikemia pada pasien DM dengan Perawatan Kritis (NSPK) tahap I dan registrasi data based kasus untuk mengurangi resiko kejadian katastrofik;</li> <li>• <b>Program Urologi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengembangan pelayanan transplantasi organ tahap 1 (Pengampunan Nasional &amp; Sister Hospital SNUH);</li> </ol> </li> </ul> | <p>keuangan, Optimalisasi revenue center, Penerapan strategi efisiensi cost);</p> <p>e. Pengembangan Clinical Research Unit (RSUP Fatmawati dengan BRIN, FK UIN, AHS/UI dan SNUH Korea Selatan): Mengembangkan pelayanan unggulan berdasarkan hasil riset</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Program Orthopaedi:</b> Uji coba metode minimal invasive (jejaring tahap I) , HTA instrument /diagnostic kasus deformitas berat, updated registrasi data based kasus &amp; NSPK nasional;</li> <li>• <b>Program DM:</b> Pengembangan metode Kendali Hiperglikemia pada pasien DM dengan Perawatan Kritis (NSPK) tahap II dan updated registrasi data based kasus untuk mengurangi resiko kejadian katastrofik .</li> <li>• <b>Program Urologi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pengembangan pelayanan transplantasi organ tahap 2 (Pengampunan Nas &amp; Sister Hospital SNUH)</li> <li>2) Pengembangan diagnostik &amp; tatakelola kasus komprehensif untuk evaluasi NSPK nasional.</li> </ol> </li> </ul> |
|--|--|---|---|

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  |  | <p>2) Pengembangan diagnostik dan tatakelola kasus komprehensif untuk penyusunan NSPK nasional;</p> <p>3) Registrasi data based kasus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Program Kanker:</b> Pengembangan metode deteksi dini &amp; tatakelola kasus kanker (NSPK) untuk meningkatkan harapan hidup serta registrasi data based kasus;</li> <li>● <b>Program KIA:</b> Penemuan metode baru &amp; pengembangan tata Kelola kasus (NSPK) untuk penurunan kegawatan persalinan serta registrasi data based kasus (Seleksi metode terpilih pada kasus plasenta akreta dan kasus Preeklampsia Berat);</li> <li>● <b>PIE:</b> Pengembangan surveilans dan tata Kelola PIE (NSPK) serta registrasi data based PPRA dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi;</li> </ul> | <p>3) Update registrasi data based kasus;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Program Kanker:</b> Uji coba metode deteksi dini &amp; tatakelola kasus kanker (NSPK) untuk meningkatkan harapan hidup dan , update registrasi data based kasus;</li> <li>● <b>Program KIA:</b> Uji coba metode tindakan terpilih pada kasus spektrum plasenta akreta dan kasus Preeklampsia Berat, serta Update registrasi data based kasus;</li> <li>● <b>PIE:</b> Pengembangan surveilans &amp; tata Kelola (NSPK), update registrasi data based PPRA dalam rangka pencegahan &amp; pengendalian infeksi;</li> </ul> |
|--|--|---|---|

| No. | Uraian               | 2023  | 2024  |
|-----|----------------------|---|---|
| 4.  | Sarana dan prasarana | a. Pembangunan Gedung Layanan terpadu (one stop service) Tahap 1;<br>b. Optimalisasi fungsi dan sistem Gedung New cancer center | a. Pembangunan Gedung Layanan terpadu (one stop service) tahap 2;<br>b. Pemantapan fungsi dan sistem Gedung New cancer center |
| 5.  | Proyeksi pendapatan  | Rp. 1.025.000.000.000   | Rp. 1.075.000.000.000   |
| 6.  | Total Belanja        | Rp. 871.000.000.000   | Rp. 903.000.000.000   |
| 7.  | EBITDA               | Rp. 343.000.000.000   | Rp. 400.000.000.000   |
| 8.  | Operational Profit   | Rp.224.900.000.000  | Rp.278.800.000.000  |
| 9.  | Investasi CAPEX      | Rp. 301.732.282.000   | Rp. 437.625.480.000   |

**INDIKATOR PERJANJIAN KINERJA RSUP FATMAWATI TAHUN 2023**

| <b>NO</b> | <b>Indikator Kinerja</b>                             | <b>Target</b> | <b>Definisi Operasional</b>   | <b>Cara Perhitungan</b>  | <b>Sumber Data</b>  | <b>PIC</b>           |
|-----------|--|---------------|---|--|---|----------------------|
| 1         | <i>Return on Asset (ROA)</i>                         | 2%            | Rasio yang menunjukkan hasil return/pengembalian atas jumlah aktiva yang digunakan dengan membandingkan surplus/defisit sebelum pos keuntungan lain-lain dengan Total Aset Tetap.<br>Surplus/defisit sebelum pos keuntungan lain-lain adalah surplus/defisit tanpa memperhitungkan pendapatan investasi yang bersumber dari anggaran Rupiah Murni (RM)/APBN<br>Total Aset Tetap adalah nilai perolehan aset tetap tanpa memperhitungkan Konstruksi Dalam Pengerjaan (KDP) | Surplus/defisit sebelum pos keuntungan lain-lain (LO kegiatan operasional)<br>-----x 100%<br>Total Aset Tetap          | Laporan Keuangan Triwulan   | KS Akuntansi dan BMN |
| 2         | Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU           | 95%           | 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.   | Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya                               | Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal. | KS Anggaran          |
| 3         | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni | 97%           | Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni   | Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni<br>----- x 100%<br>total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni | Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal. | KS Anggaran          |
| 4         | Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU   | 95%           | Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU   | Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU<br>----- x 100%<br>total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU     | Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal  | KS Anggaran          |
| 5         | Persentase nilai EBITDA Margin                       | 15%           | EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi   | EBITDA<br>----- x 100%<br>Pendapatan   | Laporan Monitoring Kinerja Keuangan dan Operasional Rumah Sakit Vertikal  | KS Akuntansi dan BMN |

|   |   |             |   |   |   |                        |
|---|---|-------------|---|---|---|------------------------|
|   |   |             |   |   |   |                        |
| 6 | Persentase kepuasan pelanggan eksternal meningkat       | $\geq 80\%$ | Pencapaian Indeks Kepuasan Masyarakat sesuai dengan Permenpan No 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik di RS Vertikal   | Sesuai perhitungan dalam Permenpan No 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik   | Lembar kuesioner kepuasan masyarakat          | KS Hukormas            |
| 7 | Persentase kepuasan pelanggan internal meningkat        | 80%         | Kepuasan pelanggan internal adalah jumlah pegawai yang menyatakan puas dan sangat puas pada hasil survey yang dilakukan secara berkala  | Jumlah pegawai yang puas dan sangat puas<br>-----x 100%<br>jumlah pegawai yang mengikuti survey sesuai target   | Hasil survey kepuasan pegawai                 | KS SDM                 |
| 8 | Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang | $\geq 80\%$ | 1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat.<br>2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran.<br>3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah $\leq 120$ menit. | Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan kurang atau sama dengan 120 menit<br>----- x 100%<br>jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang | Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal | Ka. Ins. Rawat Jalan   |
| 9 | Penundaan waktu operasi elektif                         | $\leq 3\%$  | 1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.<br>2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.   | Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam<br>----- x 100%<br>jumlah pasien operasi elektif   | Hasil Observasi, Laporan Rumah Sakit Vertikal | Ka. Ins. Bedah Sentral |

|    |   |           |   |  |  |                    |
|----|---|-----------|---|--|--|--------------------|
| 10 | Kecepatan waktu tanggap komplain  | ≥ 80%     | <p><b>Merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2022 tentang Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan tempat Praktik Mandiri dokter dan Dokter Gigi, Klinik, Pusat Kesehatan Masyarakat, RS, Lab Kes dan UTD</b></p> <p>1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu RS dalam menanggapi keluhan tertulis, lisan atau melalui media massa melalui tahapan identifikasi, penetapan grading risiko, analisis hingga tindak lanjutnya.</p> <p>2. Grading risiko dan standar waktu tanggap komplain:</p> <p>a. Grading Merah (ekstrim) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 1x24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</p> <p>b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 3 hari sejak keluhan disampaikan 3 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien//keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dan lain-lain.</p> <p>c. Grading Hijau (rendah) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 7 hari sejak keluhan disampaikan oleh pasien/keluarga/pengunjung. Kriteria: tidak menimbulkan kerugian berarti baik material maupun immaterial.</p> | <p>Jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan sesuai waktu yang ditetapkan berdasarkan <i>grading</i></p> $\frac{\text{-----}}{\text{jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%$ <p>100%</p> | Data sekunder dari catatan komplain  | KS Hukormas        |
| 11 | Terselenggaranya pelayanan strata 4 secara optimal pada layanan prioritas | 2 layanan | <p>Pelayanan prioritas strata empat adalah pelayanan yang memenuhi kriteria paripurna dari sembilan layanan prioritas yang dikembangkan sesuai program pengampunan Kemenkes RI, yaitu layanan kanker, jantung, stroke, uro-nefro, DM, KIA, TB, Gastro-Hepato, PIE.</p>  | Jumlah layanan prioritas yang tercapai strata 4 (paripurna)  | Data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan, data sdm, alkes dan pelayanan | KS Pelayanan Medik |

|    |  |           |  |   |  |                    |
|----|--|-----------|--|---|--|--------------------|
| 12 | RS umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan penyakit prioritas minimal strata utama | 1 layanan | RS Umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama  | Jumlah layanan prioritas yang terlaksana minimal strata utama   | Data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan, data sdm, alkes dan pelayanan, laporan monev layanan prioritas minimal strata utama | KS Pelayanan Medik |
| 13 | Jumlah RS yang diampu dalam jejaring pengampuan pada layanan prioritas               | 1 RS      | Rumah sakit vertikal melakukan pembinaan hingga rumah sakit daerah tercapai strata targetnya minimal utama   | Jumlah rumah sakit umum daerah yang tercapai strata targetnya (utama) yang dilakukan pembinaan  | Data mapping, laporan assesmen dan laporan kegiatan terhadap rs utama, data sdm, alkes dan pelayanan                                     | KS Pelayanan Medik |
| 14 | Terselenggaranya layanan unggulan bertaraf internasional                             | 1 layanan | RS yang menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan LN terkait layanan unggulannya  | Proses kerja sama yang dijalani yakni peninjauan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil assessment internal | Dokumen Rumah Sakit berupa proposal, perjanjian kerjasama, rekomendasi hasil assessment internal   | KS Pelayanan Medik |
| 15 | Tersedianya pelayanan unggulan VVIP di RS  | 1 layanan | Pelayanan unggulan rajal atau ranap orthopaedi dan rehabilitasi medik terpadu agar dapat menurunkan WNI yang berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di RSUP Fatmawati | Item yang memenuhi kriteria yang ditetapkan untuk pelayanan Orthopedi dan Rehabilitasi Medik terpadu  | Data rekam medis, laporan kunjungan pelayanan unggulan VVIP  | KS Pelayanan Medik |

|    |   |                                     |   |  |                                   |   |
|----|---|-------------------------------------|---|--|-----------------------------------|---|
| 16 | Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas Kanker, Jantung, Stroke dan Uronefrologi (KJSU) | 1 indikator tercapai setiap layanan | Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal<br>1) Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari<br>2) Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit<br>3) Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari<br>4) Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam KIA: 1.<br>5) Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - < 1500 gram<br>6) Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit | 1) >80%<br>2) >80%<br>3) >80%<br>4) >80%<br>5) >80%<br>6) <30%<br>(Sesuai kamus Indikator Klinis Rumah Sakit Vertikal) | Laporan Rumah Sakit (Rekam Medis) | 1. KS Pelayanan Medik<br>2. KS Pelayanan Penunjang<br>3. KS Pelayanan Keperawatan |
| 17 | Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP                                    | 10%                                 | Persentase kunjungan pasien VVIP di rs vertikal   | Jumlah kunjungan pasien VVIP<br>----- x 100%<br>jumlah total kunjungan pasien di rs vertikal                           | Data jumlah pasien di rumah sakit | KS Hukormas   |
| 18 | Jumlah penelitian RS yang dilakukan di RSUP Fatmawati yang menjadi <i>evidence based practice</i>     | 35                                  | Jumlah penelitian RS yang dilakukan staf RSUP Fatmawati atau merupakan kolaborasi/kerjasama dengan institusi lain yang bermanfaat sebagai evidence based PPK, upaya kendali mutu, kendali biaya RS dan manfaat lainnya  | Jumlah penelitian yang dilaksanakan di RSUP Fatmawati menggunakan anggaran hibah RS maupun kerjasama dengan RS lain    | Dokumen Laporan Penelitian        | KS Pendidikan dan Penelitian  |
| 19 | Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi di RS UPT vertikal                                 | 85%                                 | Persentase kasus rujukan melalui SISROUTE yang memiliki respon time kurang dari 1 jam   | Jumlah kasus yang memiliki respon time kurang dari 1 jam<br>----- x 100%<br>jumlah total kasus yang ditindaklanjuti    | Laporan data rujukan pasien       | Ka. Ins. Gawat Darurat  |

|    |  |             |  |  |  |                        |
|----|--|-------------|--|--|--|------------------------|
| 20 | Ketepatan waktu pelayanan dokter di poliklinik dan ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap     | $\geq 80\%$ | <p>a. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai dengan jam buka pelayanan poliklinik (KSM) yaitu pukul 08.00 WIB.</p> <p>b. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis</p> <p>c. Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.</p> <p>d. Waktu visite dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Visite yang dihitung adalah visite yang dilakukan pada hari kerja pada pukul 06.00 sd 14.00 WIB</p>                                       | Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan<br>----- x 100%<br>jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan 100%   | Hasil observasi dan laporan  | KS Pelayanan Medik     |
| 21 | Persentase penurunan jumlah kematian di RS Vertikal  | $< 2,5\%$   | Selisih NDR RSUP fatmawati tahun berjalan dibandingkan NDR tahun sebelumnya  | Selisih NDR tahun berjalan<br>----- x 100%<br>NDR tahun sebelumnya   | SIRS   | Ka. Ins. Rekam Medik   |
| 22 | Waktu tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu $\leq 30$ menit                                     | $\geq 80\%$ | <p>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.</p> <p>Selain 5 indikasi dalam SC kategori 1, SC emergensi juga dilakukan pada kondisi dimana terjadi ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu dan dan janin (immediate threat to life), yaitu solusio placenta dan VBAC/PBS</p> | Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun)<br>----- x 100%<br>total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS.<br>Dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2 | Laporan kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dengan kriteria inklusi SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2 | Ka. Ins. Bedah Sentral |
| 23 | Pelaporan pelaksanaan audit medis pada 9 kasus layanan prioritas di masing-masing rumah sakit setiap 6 bulan | 2 kali      | Hasil pelaksanaan audit medis pada masing- masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan   | Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan   | Catatan Rekam medik masing-  | Ka. Komite Medik       |

|    |  |            |  |  |   |                    |
|----|--|------------|--|--|---|--------------------|
| 24 | Laporan bulanan pengukuran 13 Indikator Nasional Mutu (INM) dengan hasil mencapai target masing-masing indikator | 12 laporan | Jumlah pelaporan 13 indikator mutu nasional pelayanan kesehatan di rumah sakit yang memenuhi target INM yang ditetapkan  | Jumlah pelaporan 13 INM tiap bulan (Januari sampai dengan Desember)  | Laporan INM dari Aplikasi SIMAR                       | Ka. Komite Mutu RS |
| 25 | Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol                    | 12 Laporan | Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil   | Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan (Januari sampai dengan Desember)   | Laporan IKP dari aplikasi mutu fasyankes              | Ka. Komite Mutu RS |
| 26 | Kepatuhan kebersihan tangan  | ≥ 90%      | <p><b>Merujuk pada Permenkes No.30/2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan.</b></p> <p>1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor.</p> <p>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</p> <p>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</p> <p>4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari:</p> <p>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</p> <p>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</p> <p>c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik,</p> | Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan<br>----- x 100%<br>Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi | Hasil observasi, Formulir kepatuhan kebersihan tangan | Ka. Komite PPI     |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  | <p>contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka,<br/> pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain.</p> <p>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feses, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</p> <p>e. Setelah bersentuhan dengan lingkungan pasien adalah melakukan kebersihan tangan setelah tangan petugas menyentuh permukaan, sarana prasarana, dan alat kesehatan yang ada di lingkungan pasien, meliputi: menyentuh tempat tidur pasien, linen yang terpasang di tempat tidur, alat-alat di sekitar pasien atau peralatan lain yang digunakan pasien.</p> <p>5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan.</p> <p>6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan.</p> <p>7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar.</p> <p>9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>10. Periode observasi adalah kurun waktu yang digunakan untuk mendapatkan minimal 200 peluang kebersihan tangan di unit sesuai dengan waktu yang ditentukan untuk melakukan observasi dalam satu bulan.</p> <p>11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).</p> <p>12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.</p> |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|    |                          |      |   |  |  |                |
|----|--------------------------|------|---|--|--|----------------|
|    |                          |      | 13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.   |  |  |                |
| 27 | Kepatuhan penggunaan APD | 100% | <p><b>Merujuk pada Permenkes No.30/2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan</b></p> <p>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</p> <p>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi.</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p> | Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi<br>----- x 100%<br>Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi | Hasil observasi, Formulir kepatuhan Penggunaan APD | Ka. Komite PPI |

|    |                                     |      |  |   |   |                                 |
|----|-------------------------------------|------|--|---|---|---------------------------------|
| 28 | Kepatuhan identifikasi pasien       | 100% | <p><b>Merujuk pada Permenkes No.30/2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</li> <li>2. Identifikasi pasien secara benar adalah proses identifikasi yang dilakukan pemberi pelayanan dengan menggunakan minimal dua penanda identitas seperti: nama lengkap, tanggal lahir, nomor rekam medik, NIK sesuai dengan yang ditetapkan di Rumah Sakit.</li> <li>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</li> <li>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>b. Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>c. Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain lain.</li> <li>d. Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li> </ol> </li> <li>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar</li> </ol> | <p>Jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi<br/>----- x 100%</p> <p>Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi</p> | <p>Hasil observasi, Formulir kepatuhan Identifikasi Pasien</p>                | <p>KS Pelayanan Keperawatan</p> |
| 29 | Pelaporan hasil kritis laboratorium | 100% | <p><b>Merujuk pada Permenkes No.30/2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.</li> <li>2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta</li> </ol>  | <p>jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan <math>\leq</math> 30 menit<br/>----- x 100%</p> <p>jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi</p>                                      | <p>Data sekunder dari: Catatan Data Laporan Hasil Tes Kritis Laboratorium</p> | <p>Ka. Ins. Laboratorium</p>    |

|    |  |             |   |  |   |                        |
|----|--|-------------|---|--|---|------------------------|
|    |  |             | <p>pemeriksaan.</p> <p>3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan <math>\leq 30</math> menit.</p>  |  |   |                        |
| 30 | Kepatuhan penggunaan Formularium Nasional      | $\geq 90\%$ | <p><b>Merujuk pada Permenkes No.30/2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan</b></p> <p>1. Formularium Nasional merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</p> <p>2. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional adalah peresepan obat (R/: recipe dalam lembar resep) oleh DPJP kepada pasien sesuai daftar obat di Formularium Nasional dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.</p> | <p>Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional</p> <p>----- x 100%</p> <p>Jumlah R/ recipe dalam lembar resep yang diobservasi</p>   | Lembar resep di Instalasi Farmasi, Formulir Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional                                     | Ka. Ins. Farmasi       |
| 31 | Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh | 100%        | <p><b>Merujuk pada Permenkes No.30/2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan</b></p> <p>1. Upaya pencegahan risiko jatuh meliputi:</p> <p>a. Asesment awal risiko jatuh</p> <p>b. Assesment ulang risiko jatuh</p> <p>c. Intervensi pencegahan risiko jatuh</p> <p>2. Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh adalah pelaksanaan ketiga upaya pencegahan jatuh pada pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh sesuai dengan standar yang ditetapkan rumah sakit.</p>   | <p>Jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh</p> <p>-----x 100%</p> <p>Jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang diobservasi</p> | Data sekunder menggunakan data dari rekam medis, Instrumen Pengambilan Data Formulir Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh | Ka. Komite Keperawatan |
| 32 | Persentase SDM yang ditingkatkan kompetensinya | 98%         | Jumlah SDM layanan unggulan yang ditingkatkan kompetensinya   | <p>Jumlah SDM layanan unggulan yang mengikuti diklat</p> <p>----- x 100%</p> <p>Jumlah SDM layanan unggulan yang harus ditingkatkan kompetensinya</p>  | Dokumen perencanaan diklat SDM, laporan diklat SDM  | KS SDM                 |

|    |  |          |   |   |  |   |
|----|--|----------|---|---|--|---|
| 33 | Persentase pemenuhan SDM sesuai kebutuhan  | 93%      | Jumlah SDM layanan unggulan yang terpenuhi  | Jumlah SDM layanan unggulan yang terpenuhi<br>----- x 100%<br>Jumlah kebutuhan SDM layanan unggulan   | Dokumen rekrutmen SDM, data mutasi SDM                                     | KS SDM                                  |
| 34 | Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital   | 1 Sistem | Rumah sakit yang telah terintegrasi dalam sistem informasi surveilans berbasis digital  | Jumlah sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi dengan sistem surveilans  | SIRS   | Ka. Ins. SIM RS                         |
| 35 | Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi. | 100%     | Persentase pelaksanaan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.                  | Pelaksanaan Rekam Medis Elektronik pada layanan yang tercapai<br>----- x 100%<br>Seluruh target pelayanan pelaksanaan RME (pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi   | Hasil Pemantauan dan Desk serta kunjungan langsung ke Rumah Sakit Vertikal | Ka. Ins. SIM RS                         |
| 36 | Persentase Pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat (SPA) Rumah Sakit sesuai standar  | 95%      | Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya | 1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%<br>2. Persen prasarana dan alat kesehatan:<br>Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%<br>3. Menghitung Hasil akhir/Persentase | ASPAK dan Survei Lapangan  | 1, KS Pelayanan Penunjang<br>2. KS Umum |

|    |   |      |  |  |  |  |
|----|---|------|--|--|--|--|
| 37 | Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar      | 70%  | <p>a. Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.</p> <p>b. Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu.</p> <p>c. Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.</p> <p>d. Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.</p> <p>e. RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.</p> <p>f. Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 WIB</p> <p>g. Pembayaran cashless adalah isstem pembayaran tanpa uang tunai.</p> <p>h. Tersedia tempat khusus untuk <i>pick up</i> dan <i>drop off</i> yang nyaman</p> | <p>Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar<br/>----- x 100%<br/>jumlah kebutuhan Satuan ruang parkir sesuai standar</p>  | Hasil Observasi, Laporan   | KS Umum                                  |
| 38 | Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway) | ≥85% | <p><b>Merujuk pada Permenkes No.30/2022 tentang INM Pelayanan Kesehatan</b></p> <p>1. <i>Clinical Pathway</i> adalah suatu perencanaan pelayanan terpadu/terintegrasi yang merangkum setiap langkah yang diberikan pada pasien, berdasarkan standar pelayanan medis, standar pelayanan keperawatan dan standar pelayanan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya yang berbasis bukti dengan hasil terukur, pada jangka waktu tertentu selama pasien dirawat di Rumah Sakit.</p> <p>2. Kepatuhan terhadap <i>clinical pathway</i> adalah proses pelayanan secara terintegrasi yang diberikan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) kepada pasien yang sesuai dengan clinical pathway yang ditetapkan Rumah Sakit</p>  | <p>Jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan <i>clinical pathway</i><br/>----- x 100%<br/>Jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada <i>clinical pathway</i> yang diobservasi</p> | Data sekunder dari rekam medis pasien, Formulir Kepatuhan Clinical Pathway | 1. KS Pelayanan Medik<br>2. Komite Medik |

|    |  |       |   |  |                                  |         |
|----|--|-------|---|--|----------------------------------|---------|
| 39 | Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan | 92,5% | 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. | Jumlah rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti<br>$\frac{\text{Jumlah rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti}}{\text{Jumlah Rekomendasi Hasil pemeriksaan BPK}} \times 100\%$ | Laporan Hasil TL Rekomendasi BPK | Ka. SPI |
|----|--|-------|---|--|----------------------------------|---------|