



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**



LAPORAN KINERJA (LKJ)

TAHUN 2023

RSUP Prof Dr.R.D.Kandou

Jl. Raya Tanawangko No.56 Manado 95163

Telepon. (0431) 838203-838305

Fax. (0431) 838204

laman. www.rsupkandou.com

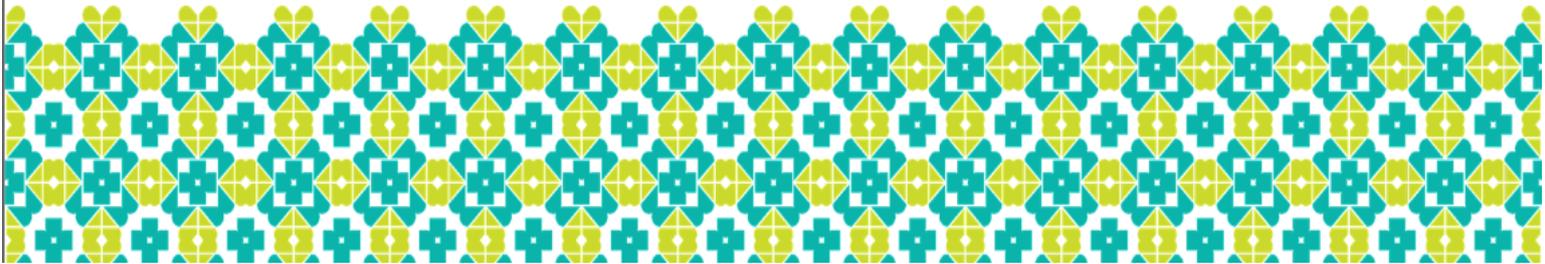




Laporan Kinerja (LKj)

RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado

Jl. Raya Tanawangko No.56 Manado

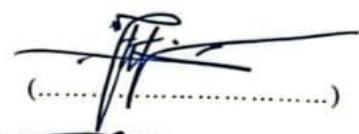


LEMBAR PERSETUJUAN LAKIP 2023

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

Setelah saya meneliti dan memverifikasi seluruh data dan informasi yang tercantum dalam Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) 2023 adalah valid.

Manado, 30 Januari 2024

1. Plt. Direktur Utama
Dr. dr. Ivonne Elisabeth Rotty, M.Kes (.....)
2. Direktur Medik dan Keperawatan
dr. Jehezkiel Panjaitan, SH.,MARS (.....)
3. Direktur Perencanaan dan Keuangan
Dr. Erwin Sondang Siagian, SSTP, M.Si (.....)
4. Plt. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
Suwandi Indrak Luneto, S.Kep. Ners, M.Kes (.....)
5. Direktur Layanan Operasional
dr. Wega Sukanto, Sp.B. T.KV (.....)

KATA PENGANTAR



Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) tahun 2023 disusun dalam rangka memenuhi Peraturan Presiden No. 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). Kebijakan ini dibangun dan dikembangkan atas pelaksanaan tugas pokok dan fungsi serta pengelolaan sumber daya yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah, salah satunya adalah RSUP Prof Dr.R.D. Kandou.

Penyusunan Laporan Kinerja tahun 2023 ini sebagai sarana pengendalian dan penilaian kinerja dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pemerintah yang akuntabel baik dari sisi perencanaan, pengukuran, pelaporan maupun evaluasi kinerja. Tujuan dari penyusunan Laporan Kinerja ini untuk memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai, dan sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya.

Penyusunan Laporan Kinerja tahun 2023 mengacu pada Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No. 53 Tahun 2014 tentang petunjuk teknis penyusunan perjanjian kinerja, pelaporan kinerja dan reviu atas laporan kinerja dan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi RI No. 88 tahun 2021 tentang Evaluasi Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (AKIP)

RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado dalam menyusun Rencana Strategis Bisnis berdasarkan 1) Financial, 2) Customer, 3) Internal Business Process serta 4) Learning & Growth. Analisis akuntabilitas kinerja disusun berdasarkan sasaran strategis yang ditetapkan masing-masing instansi pemerintah dan merujuk pada tujuan dan sasaran strategis Kementerian Kesehatan. Inisiatif program dan kegiatan disusun melalui suatu pendekatan yang sistematis serta terintegrasi di masing-masing unit kerja sehingga penyusunan LAKIP ini didasarkan atas hasil pengukuran kinerja sebagai berikut:

1. Rencana Kerja Tahunan (RKT) disusun melalui mekanisme top-down (rincian program berdasarkan kebijakan manajemen) dan bottom-up
2. Pencapaian sasaran strategis dalam Rencana Strategis Bisnis dinilai menggunakan KPI yang ditetapkan melalui mekanisme pembahasan bersama pimpinan rumah sakit.
3. Pengukuran kinerja sesuai KPI yang diterapkan bersama pimpinan merupakan bagian yang penting dalam pencapaian visi, misi, dan sasaran strategis rumah sakit.

KPI yang sudah ditetapkan kemudian dilakukan kontrak kinerja sebagai penilaian Indikator Kinerja Unit (IKU) di masing-masing unit kerja yang selanjutnya dijadikan dasar dalam pemberian remunerasi.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua stakeholders atas kepercayaan dan kolaborasinya dalam pelaksanaan tugas dan pengawasan di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado. Kami berharap kerjasama yang baik dapat kita lanjutkan untuk terus memastikan penyelenggaraan pelaksanaan pelayanan yang efektif, efisien dan akuntabel serta dapat mewujudkan Visi RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado : “ Menjadi Rumah Sakit Pendidikan dengan Layanan Bermutu dan Berkeadilan Didukung SDM yang Produktif serta Tata Kelola Keuangan yang Handal”. Namun demikian, penyajian laporan masih perlu mendapatkan masukan dan saran untuk penyempurnaan isi laporan dan integrasi pencapaian kinerja.

Manado, 30 Januari 2024
Plt. Direktur Utama
RSUP. Prof. Dr. R. D.Kandou Manado



Dr. dr. Ivonne Elisabeth Rotty, M.Kes
NIP.196412141991032001

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN LAKIP TAHUN 2023	2
KATA PENGANTAR	3
DAFTAR ISI.....	5
DAFTAR TABEL.....	6
DAFTAR GRAFIK	7
RINGKASAN EKSEKUTIF	9
<u>BAB I PENDAHULUAN</u>	
1.1 Latar Belakang	11
1.2 Identitas RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado	14
1.3 Struktur Organisasi	15
1.3.1 Susunan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas	16
1.4 Gambaran Aspek Strategis RSUP Prof Dr.R.D.Kandou	16
1.4.1 Sasaran Strategis	16
1.4.2 Tujuan Strategis	16
1.4.3 Nilai Budaya	17
1.4.4 Analisa SWOT	18
<u>BAB II PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA</u>	
2.1 Rencana Strategis Bisnis (RSB)	24
2.2 Perjanjian Kinerja TA. 2023	26
<u>BAB III AKUNTABILITAS KINERJA</u>	
3.1 Capaian Kinerja Organisasi	32
3.2 Analisis Capaian Indikator Berdasarkan Sasaran Strategis	36
3.2.1 Sasaran Strategis Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan.....	36
3.2.2 Sasaran Strategis Meningkatnya Pemenuhan dan Pemerataan SDM Kesehatan yang berkualitas	39
3.2.3 Sasaran Strategis Meningkatnya Sistem Pelayanan Kesehatan dalam Ekosistem Teknologi Kesehatan Yang Terintegrasi dan Transparan dalam Mendukung Kebijakan Kesehatan Berbasis Bukti	46
3.2.4 Sasaran Strategis Meningkatnya Akses Terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4	

3.2.5 Sasaran Strategis Meningkatnya Kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan	50
3.2.6 Sasaran Strategis Menguatnya Tata Kelola Manajemen dan Pelayanan Spesialistik	52
3.2.7 Sasaran Strategis Meningkatnya Pelaporan Audit Medis 9 Penyakit di Rumah Sakit	53
3.2.8 Sasaran Strategis Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	54
3.2.9 Sasaran Strategis Terselenggaranya Pelayanan Center of Excellent di RS Vertikal Secara Optimal	55
3.2.10 Sasaran Strategis Terselenggaranya Layanan Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan	57
3.2.11 Sasaran Strategis Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan.....	72
3.2.12 Sasaran Strategis Meningkatnya Kemampuan Surveilans Berbasis Laboratorium	82
3.2.13 Sasaran Strategis Meningkatnya Koordinasi Pelaksana Tugas, Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan.....	83
3.3 Sumber Daya	
3.3.1 Sumber Daya Manusia	89
3.3.2 Sumber Daya Anggaran	89
 <u>BAB IV PENUTUP</u>	
Kesimpulan	93
DAFTAR LAMPIRAN.....	96

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Analisa Kekuatan/ <i>Strenght</i>	20
Tabel 1.2 Analisa Kelemahan/ <i>Weakneses</i>	21
Tabel 1.3 Analisa Peluang/ <i>Opportunity</i>	22
Tabel 1.4 Analisa Ancaman/ <i>Threat</i>	23
Tabel 1.5 Sasaran Strategis Dan Risiko	24
Tabel 2.1 Rencana Kinerja Tahunan (RKT)	29
Tabel 3.1 Capaian <i>Key Performance Indicator</i> (KPI)	34
Tabel 3.2 Capaian Pengembangan Layanan	37
Tabel 3.3 Daftar Kerjasama Institusi Pendidikan	39
Tabel 3.4 Daftar Kerjasama Dengan Jejaring Pendidikan	41
Tabel 3.5 Daftar Rumah Sakit Yang Diampu	51
Tabel 3.6 Layanan Stratifikasi Paripurna	51
Tabel 3.7 Presentasi Penurunan Jumlah Kematian	53
Tabel 3.8 Realisasi Anggaran Tahun 2023	89
Tabel 3.9 Daftar Efisiensi	90

DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1 Capaian IKM	36
Grafik 3.2 Capaian Jumlah Kerjasama Dengan Institusi Pendidikan	39
Grafik 3.3 Capaian Jumlah Kerjasama Dengan Jejaring Pendidikan.....	40
Grafik 3.4 Capaian Peningkatan Kompetensi Melalui Fellowship	42
Grafik 3.5 Capaian Peningkatan Kompetensi Melalui Pelatihan Inhouse	43
Grafik3.6 Capaian Peningkatan Kompetensi Melalui Pelatihan Exhouse	44
Grafik 3.7 Capaian Jumlah Publikasi Penelitian	45
Grafik 3.8 Capaian Integrasi Sistem Informasi.....	46
Grafik 3.9 Implementasi TEMANDIRI	48
Grafik 3.10persentasi Pelaksanaan SISRUITE	49
Grafik 3.11 Capaian Rumah Sakit Diampu Untuk Layanan Prioritas	50
Grafik 3.12 Presentasi Pemenuhan SPA	52
Grafik 3.13 Persentase Penurunan Jumlah Kematian	54
Grafik 3.14 Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien Di IGD	56
Grafik 3.15 Capaian Ketersediaan Fasilitas Parkir	57
Grafik 3.16 Capaian Tingkat Kepuasan Pasien	58
Grafik 3.17capaian Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang	60
Grafik 3.18 Penundaan Waktu Operasi Elektif	60
Grafik 3.19 Ketepatan Waktu Pelayanan Di Poliklinik	61
Grafik 3.20 Ketepatan Waktu Visite Dokter Untuk Pasien Rawat Inap	63
Grafik 3.21 Waktu Tunggu Operasi Elektif.....	66
Grafik 3.22 <i>Emergency Respon Time 2</i>	67
Grafik 3.23 Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Foto Thorax Elektif \leq 3 Jam.....	68
Grafik 3.24 Waktu Tanggap Operasi Sectio Cesarea Darurat Dalam Waktu Kurang Atau Sama Dengan 30 Menit.....	69
Grafik 3.25 Impementasi RME Terintegrasi.....	71
Grafik 3.26 Kepatuhan Kebersihan Tangan.....	72
Grafik 3.27 Kepatuhan Penggunaan Apd.....	73
Grafik 3.28 Kepatuhan Identifikasi Pasien	74
Grafik 3.29 Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi	75
Grafik 3.30 Waktu Tunggu Rawat Jalan.....	76
Grafik 3.31 Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium.....	77
Grafik 3.32 Kepatuhan Penggunaan Fornas.....	88

Grafik 3.33 Kepatuhan Terhadap Alur Klinis	79
Grafik 3.34 Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh	80
Grafik 3.35 Ketepatan Waktu Tanggap Komplain	81
Grafik 3.36 Persentase Rekomendasi Bpk Yang Telah Ditindaklanjuti	83
Grafik 3.37 Persentase Target Pendapatan BLU.....	84
Grafik 3.38 Persentase Realisasi Anggaran Rupiah Murni.....	85
Grafik 3.39 Persentase Realisasi Anggaran BLU	86
Grafik 3.40 Grafik EBITDA Margin	87
Grafik 3.41 Rasio POBO	88
Grafik 3.42 Perbandingan Capaian Pendapatan TA. 2022 Dan 2023.....	91

IKHTISAR EKSEKUTIF

Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Tahun 2023 disusun dengan tujuan untuk memberikan informasi kinerja yang terukur kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai, dan sebagai upaya perbaikan. Dengan ditetapkannya RSUP Prof Dr.R.D.Kandou sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan RI, maka RSUP Prof Dr.R.D. Kandou sebagai instansi pemerintah berkewajiban untuk membuat laporan kinerja. Hal tersebut dilihat dari pencapaian tujuan dan sasaran strategis bisnis RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado periode 2020-2024. Pada periode Renstra terdapat 13 Sasaran Strategis dan 54 *Key Performance Indicator* (KPI) yang mendukung pencapaian Visi dan Misi RSUP Prof Dr. R.D.Kandou. Adapun 13 Sasaran Strategis tersebut adalah :

1. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
2. Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4
3. Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan
4. Meningkatnya kunjungan pasien non BPJS di klinik VVIP
5. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit Pendidikan
6. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan
7. Terselenggaranya pelayanan centre of excellent di RS vertikal secara optimal
8. Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan yang berkualitas
9. Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti.
10. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik
11. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di RS
12. Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium
13. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan.

Pada Tahun 2023 terdapat 54 *Key Performance Indicator* (KPI) yang di kontrak kinerjakan antara Direktur Utama dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan, yang terdiri dari 20 *Key Performance Indicator* (KPI) yang ditetapkan dalam Renstra RSUP

Prof.Dr.R.D.Kandou dan 34 indikator direktif yang diturunkan ke masing-masing satker sejak tahun 2023.

Setelah dilakukan evaluasi terhadap kinerja RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado selama tahun 2023 dengan cara membandingkan realisasi dengan target yang ditetapkan dalam rencana kinerja tahun 2023 bahwa masih terdapat 1 indikator rumah sakit dan 9 indikator direktif yang belum tercapai antara lain Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA), Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP, Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, Emergency Respon time 2, Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit, Kepatuhan kebersihan tangan, Kepatuhan penggunaan APD, Pelaporan hasil kritis laboratorium, Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU, dan Persentase nilai EBITDA Margin. Capaian masing-masing indikator rata-rata sudah lebih dari 100%, bisa diasumsikan arah gerak strategi dalam memenuhi visi misi sudah sesuai dengan harapan dengan rata-rata capaian kinerja adalah 81.48%.

Untuk menjalankan kegiatannya dalam mencapai sasaran dan tujuannya, RSUP Prof Dr.R.D.Kandou didukung oleh anggaran dana DIPA APBN dan BLU. Adapun DIPA-RKA-K/L Revisi TA. 2023 dengan sumber dana APBN dan PNPB BLU senilai Rp. 837.104.742.000,- dengan realisasi anggaran sebesar Rp. 713.629.140.632,- atau 85% dari alokasi anggaran.



BAB I PENDAHULUAN

LAKIP

RSUP Prof Dr. R.D Kandou
Manado

1.1 LATAR BELAKANG

Rumah sakit umum pusat Prof Dr.R.D.Kandou Manado sebagai unit pelaksana teknis Kementerian Kesehatan, berada di bawah dan bertanggungjawab kepada Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan yang mempunyai tanggung jawab dalam memberikan pelayanan Kesehatan secara paripurna di wilayah Indonesia Timur.

RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado telah terakreditasi Paripurna Tahun 2016, terakreditasi internasional (*Joint Commission Internasional/JCI*) Tahun 2018 dan juga telah lulus akreditasi SNARS edisi 1 oleh KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) tahun 2019 secara paripurna dan internasional. Dengan harapan implementasi dari standar akreditasi ini akan mendorong untuk memberikan pelayanan dengan mutu yang terstandarisasi dan berorientasi pada keselamatan pasien disamping meningkatkan peran serta rumah sakit dalam mendukung program SDG'S. Berdasarkan Peran dan kedudukan RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado yang semakin strategis dengan ditetapkan RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado sebagai Rumah Sakit kelas A dengan Nomor HK.02.03/I/0824/2015 dan Rumah Sakit Rujukan Nasional berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/MENKES/390/2014 tanggal 17 Oktober 2014, dengan layanan unggulan yaitu Layanan Intensif, Layanan Jantung, Layanan Obsgin, Layanan Bedah Digestif, Layanan Bedah Vaskuler.

Dalam rangka menjamin akuntabilitas kinerja instansi pemerintah, telah dikembangkan sistem pertanggungjawaban yang jelas, tepat, teratur, dan efektif yang dikenal dengan Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP). SAKIP tersebut kemudian diterapkan melalui pembuatan target kinerja disertai dengan indikator kinerja yang menggambarkan keberhasilan instansi pemerintah.

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah merupakan suatu tatanan, instrumen, dan metode pertanggung jawaban yang intinya meliputi tahap-tahap sebagai berikut:

1. Penetapan perencanaan strategis, perencanaan kinerja, dan penetapan rencana kerja, meliputi pembuatan sasaran, kebijakan, dan program.
2. Pengukuran kinerja, meliputi pengukuran indikator kinerja, pengumpulan data kinerja, membandingkan realisasi dengan rencana kerja, kinerja tahun sebelumnya, atau membandingkan dengan organisasi lain sejenis yang terbaik dibidangnya.
3. Pelaporan kinerja, berupa pembuatan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dengan format standar laporan yang telah ditetapkan
4. Pemanfaatan informasi kinerja untuk perbaikan kinerja berikutnya secara berkesinambungan.

Upaya RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado dalam meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat, juga dalam rangka mewujudkan *Good Government* dan sekaligus *Result Oriented Government*, maka perlu mengedepankan sistem keterbukaan dan dapat dipertanggungjawabkan Sesuai Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat No.XI/MPR/1998 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih dan Bebas dari Korupsi, Kolusi Dan Nepotisme, Undang - undang No. 28 tahun 1999, dan juga telah diterbitkan Instruksi Presiden No.7 tahun 1999 tentang Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (SAKIP) serta Peraturan Menteri PAN dan RB Nomor 54 Tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja, dan Tata cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.

Laporan Akuntabilitas Instansi Pemerintah (LAKIP) sebagai wujud pertanggungjawaban tugas dan fungsinya, serta sebagai bahan analisis dan evaluasi dalam membuat kebijakan untuk meningkatkan kinerja di masa yang akan datang dan dapat memberikan penjelasan mengenai pencapaian kinerja selama tahun 2023 yang adalah tahun pertama pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis (RSB) periode 2020-2024. Laporan kinerja ini merupakan rangkuman dari suatu proses dimana setiap departemen/unit kerja melakukan evaluasi kinerjanya masing-masing yang memuat keberhasilan maupun kegagalan dalam mencapai kinerja selama melaksanakan kegiatan ditahun anggaran 2023 yang wajib dipertanggungjawabkan, sehingga apabila terjadi kegagalan kedepannya dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan serta langkah-langkah perbaikan baik dari sisi proses bisnisnya maupun manajemennya, dan perlu dilakukan analisis untuk mengidentifikasi faktor penghambatnya. Demikian juga bila suatu kinerja dikatakan

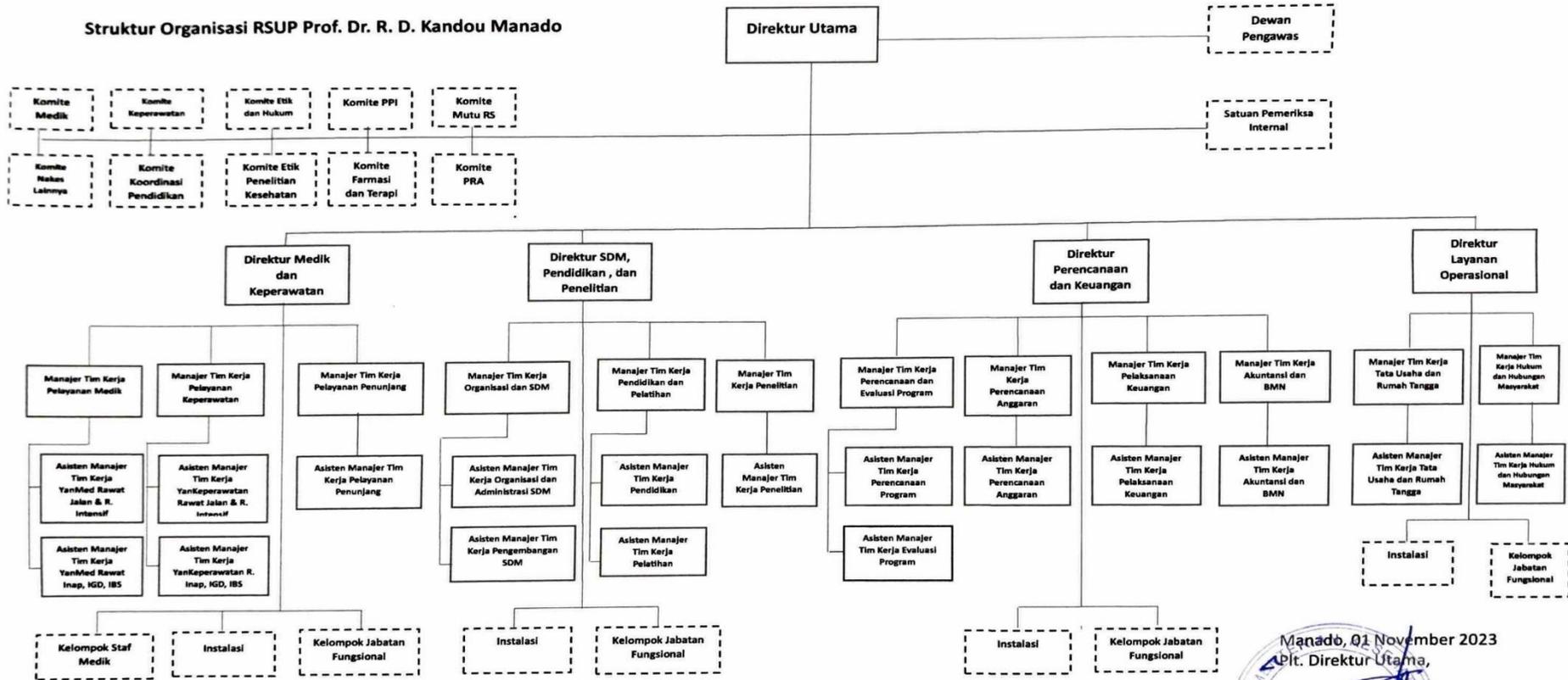
baik apabila capaian kinerja setiap tahunnya meningkat atau paling tidak sama dengan tahun sebelumnya dan perlu dicarikan strategi yang tepat untuk inovasi selanjutnya.

1.2 Identitas RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado

- a. Nama Rumah Sakit : RSUP Prof Dr.R.D.Kandou
- b. Kelas Rumah Sakit : A
- c. Status Kepemilikan : Kementerian Kesehatan RI
- d. Status Pengelolaan : Badan Layanan Umum (BLU)
- e. Status Lain : 1. Rumah Sakit Pendidikan
2. Rumah Sakit Rujukan Nasional
3. Rumah Sakit Rujukan Covid-19
4. Terakreditasi Internasional (JCI)
5. Terakreditasi KARS Paripurna
- f. Alamat : Jl. Raya Tanawangko no. 56 Manado
Kecamatan Malalayang
- g. Kapasitas Tempat Tidur : 710 Tempat Tidur
- h. Luas Bangunan : 59.637 M²
- i. Luas Tanah : 178.380 M²

1.3 STRUKTUR ORGANISASI

Struktur Organisasi RSUP Prof Dr.R.D. Kandou Manado sebagai berikut :



Manado, 01 November 2023
 Plt. Direktur Utama,

Dr. dr. Ivonne Elisabeth Rotty, M.Kes
 NIP. 196412141991032001

1.3.1 Susunan Pejabat Pengelola dan Dewan Pengawas RSUP Prof Dr.R.D.Kandou

A. Jajaran Direksi Sebagai Pengelola BLU

- a. Plt. Direktur Utama
Dr. dr. Ivonne Elisabeth Rotty, M.Kes
- b. Direktur Medik dan Keperawatan
dr. Jehezkiel Panjaitan, SH.,MARS
- c. Direktur SDM, Pendidikan dan Penelitian
Dr. dr. Ivonne Elisabeth Rotty, M.Kes
- d. Direktur Perencanaan dan Keuangan
Dr. Erwin Sondang Siagian, SSTP.,MSi
- e. Direktur Layanan Operasional
dr. Wega Sukanto, Sp.B.TKV

B. Susunan Dewan Pengawas

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/2074/2023, Susunan Dewan Pengawas RSUP Prof Dr. R.D.Kandou Manado adalah sebagai berikut:

- a. Drs. Bayu Teja Muliawan, S.H.M.Pharm Ketua Dewan Pengawas
- b. Prof Dr.Ir. Ellen Kumaat, M.Sc, DEA, IPU Anggota
- c. Ratih Hapsari Kusumawardani, S.Si,MA,MT Anggota
- d. Nikodemus Sigit Rahardjo, SE.,MM Anggota

1.4 Gambaran Aspek Strategis RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado

1.4.1 Sasaran Strategis

Terdapat 13 Sasaran Strategis di tahun 2023 sebagai berikut :

1. Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan
2. Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4
3. Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan
4. Meningkatnya kunjungan pasien non BPJS di klinik VVIP
5. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit Pendidikan
6. Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan
7. Terselenggaranya pelayanan Centre of Excellent di RS Vertikal secara optimal

8. Meningkatnya pemenuhan SDM kesehatan yang berkualitas
9. Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti.
10. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik
11. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di RS
12. Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium
13. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan.

1.4.2 Tujuan Strategis

- a. Tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkeadilan dengan pemenuhan kebutuhan layanan dan penunjang
- b. Terpenuhi SDM yang produktif dan berkompeten
- c. Terciptanya tata kelola keuangan yang handal dan terintegrasi melalui penggunaan teknologi informasi

1.4.3 Nilai Budaya RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado

Adapun Tata Nilai Budaya RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou adalah sebagai berikut:

a. Team Work

Kebersamaan disadari bahwa semua kegiatan dapat dilaksanakan dan diselesaikan oleh sekelompok orang maka perlu suatu kerjasama tim (*team work*). Melalui kebersamaan dalam kegiatan pelayanan mengutamakan pelanggan sesuai motto Rumah Sakit "Kepuasan pelanggan diatas segala-galanya". Kebersamaan juga berarti mengutamakan kepentingan organisasi/Institusi/Lembaga daripada kepentingan pribadi atau kelompok.

b. Inovatif

Kompleksnya permasalahan yang dihadapi rumah sakit saat ini, diikuti tuntutan masyarakat pengguna jasa rumah sakit yang semakin tinggi guna mendapatkan pelayanan yang terbaik, maka dalam mengatasi hal tersebut management dan seluruh komponen rumah sakit harus mampu memahami dan merespon dengan memberikan ide-ide yang kreatif dan konstruktif melalui penampilan yang proaktif, dalam merespon permasalahan internal dan eksternal secara cepat dan tepat melalui pertimbangan-pertimbangan yang cermat dalam rangka mencapai tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan.

c. Transparan dan akuntabel

Dalam menghadapi masyarakat yang lebih cerdas dan tanggap serta dalam era demokrasi, maka rumah sakit dituntut untuk lebih transparan dan akuntabel dalam menyajikan informasi yang jelas mengenai seluruh pelaksanaan kegiatan baik pelayanan, keuangan serta informasi lainnya.

d. Integritas yang tinggi

Dalam upaya rumah sakit memberikan pelayanan prima kepada pasien, serta dapat mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan, maka seluruh jajaran manajemen serta staf harus memiliki komitmen yang tinggi, dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab yang harus diemban serta harus memiliki hati yang tulus, kejujuran, kepribadian yang baik dan bermoral tinggi.

e. Bertindak cepat dan tepat

Dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab pelayanan terhadap masyarakat diharapkan seluruh karyawan RSUP Kandou melaksanakan sesuai dengan prosedur yang cepat dan tepat.

1.4.4 Analisa SWOT

Analisa yang dilakukan untuk proyeksi dan memulakan strategi kedepan menggunakan Teknik Analisa SWOT (*Strenght, Weakness, Opportunities, Threats*). Analisa SWOT adalah suatu metode yang menggambarkan kondisi dan mengevaluasi suatu masalah berdasarkan faktor internal, namun analisa SWOT hanya menggambarkan situasi yang terjadi bukan sebagai pemecah masalah. Analisa SWOT RSUP Prof. Dr. R.D Kandou dapat diuraikan sebagai berikut :

Tabel 1.1
Analisa Kekuatan / *Strength*

NO	KOMPONEN SWOT	FAKTOR	BOBOT	RATING	NILAI	KET
KEKUATAN (<i>STRENGTH</i>)						
1	<i>PELAYANAN</i>	0.40				34
	RS Pendidikan Tipe A Rujukan Nasional yang terakreditasi JCI dan SNARS Nasional dan Internasional		0.20	90	18	
	Memiliki <i>call centre</i> 119 dan SISRUITE		0.20	80	16	
2	<i>SDM, PENDIDIKAN, PENELITIAN DAN UMUM</i>	0.40				32
	Tersedianya SDM yang professional dan handal		0.10	90	9	
	Penerapan aplikasi Temandiri yang terintegrasi dengan Biro Kepegawaian Kemenkes yang terhubung dengan Telegram (bot Nabila), serta aplikasi KandouOne untuk presensi		0.10	70	7	
	Adanya SDM yang bersertifikat ToT		0.10	80	8	
	Tersedianya sarana gedung IGD dan <i>cardiac centre</i> yang representatif		0.10	80	8	
3	<i>PERENCANAAN, KEUANGAN DAN BMN</i>	0.20				15.5
	Tersedianya SIRS (Sistem Info Rumah Sakit) Mandiri		0.05	80	4	
	Ketersediaan peralatan medik dan penunjang medik canggih (kamar		0.10	80	8	

	operasi dan ruang intensif)					
	Penerapan sistem aplikasi akuntansi keuangan dan SIMAKBMN		0.05	70	3.5	
J U M L A H						81.5

Tabel 1.2
Analisa Kelemahan / *Weaknesses*

NO	KOMPONEN SWOT	FAKTOR	BOBOT	RATING	NILAI	KET
KELEMAHAN (WEAKNESSES)						
1.	<i>PELAYANAN</i>	0.20				16
	Kepatuhan pengisian kelengkapan rekam medis belum maksimal		0.20	80	16	
2.	<i>SDM, PENDIDIKAN, PENELITIAN DAN UMUM</i>	0.50				37
	Masih terbatasnya tenaga terlatih di ruang intensif, IGD, <i>cardiac centre</i>		0.30	70	21	
	Aset gedung rawat inap dan rawat jalan sudah tua		0.20	80	16	
3.	<i>PERENCANAAN, KEUANGAN DAN BMN</i>	0.30				21
	Aplikasi Perencanaan, Pengadaan, dan Pembayaran (P3T) yang belum terimplementasi secara maksimal		0.30	70	21	
J U M L A H						74

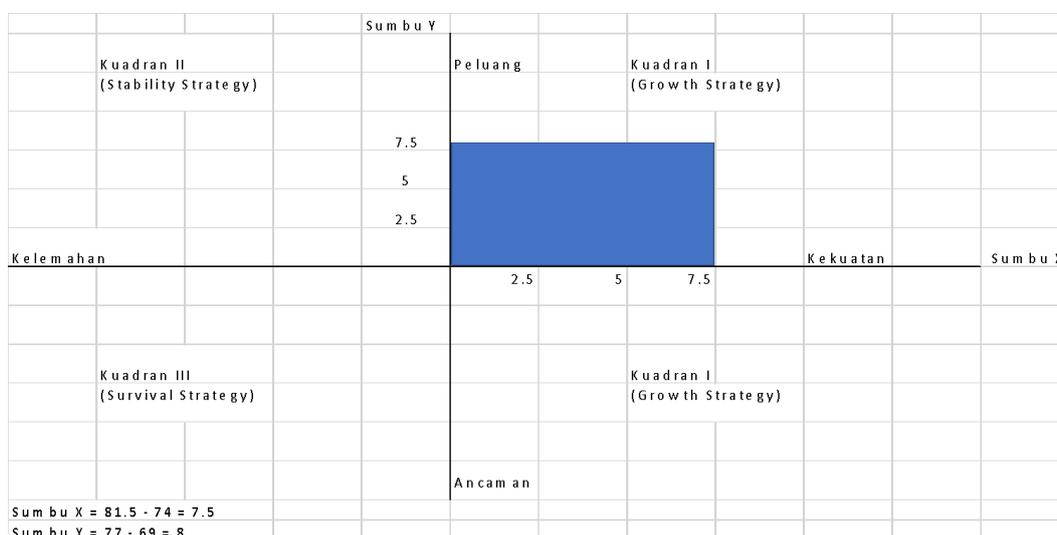
Tabel 1.3
Analisa Peluang / Opportunity

NO	KOMPONEN SWOT	FAKTOR	BOBOT	RATING	NILAI	KET
PELUANG (OPPORTUNITY)						
1.	PELAYANAN	0.30				31
	Provinsi geostrategis di bibir pasifik dan tujuan wisata		0.20	80	16	
	Adanya JKN		0.10	80	8	
	Adanya RS jejaring		0.10	70	7	
2.	SDM, PENDIDIKAN, PENELITIAN DAN UMUM	0.40				28
	Adanya era digital 4.0		0.10	70	7	
	KSO peralatan medik dan penunjang canggih		0.15	60	9	
	Rumah Sakit tipe A dan Rujukan Nasional		0.15	80	12	
3.	PERENCANAAN, KEUANGAN DAN BMN	0.30				18
	Kerjasama dengan layanan asuransi swasta untuk meningkatkan pendapatan RS		0.30	60	18	
J U M L A H						77

Tabel 1.4
Analisa Ancaman / Threat

NO	KOMPONEN SWOT	FAKTOR	SUB FAKTOR	RATING	NILAI	KET
ANCAMAN (THREAT)						
1.	PELAYANAN	0.40				27
	Kesadaran hukum tuntutan kualitas pelayanan masyarakat makin tinggi		0.10	80	8	
	Bergesernya jenis penyakit kearah penyakit degenerative dan metabolisme		0.10	70	7	
	Sistem <i>fee for service</i> dan fleksibilitas RS sekitar		0.10	60	6	
	Tarif SDG's yang masih rendah		0.10	60	6	
2.	SDM, PENDIDIKAN, PENELITIAN DAN UMUM	0.30				21
	Adanya rumah sakit swasta yang bermutu		0.15	70	10.5	
	Tuntutan profesionalisme semakin tinggi		0.15	70	10.5	
3.	PERENCANAAN, KEUANGAN DAN BMN	0.30				21
	Defisit BPJS Kesehatan		0.30	70	21	
J U M L A H						69

Posisi Organisasi Berdasarkan Analisis SWOT



Grafik 1.1 Analisa SWOT

Diagram posisi organisasi berdasarkan analisis SWOT memperlihatkan RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado berada pada kuadran I (*growth strategy*) yakni posisi sumbu (x) 7.5 dan sumbu (y) 8. Dengan melihat posisi ini, RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado memfokuskan arah pengembangan di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan

(*growth*). Artinya, melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pengembangan layanan sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi dan SDM.

1.4.5 Inisiatif Strategis

Sasaran strategis dalam Rencana Strategis Bisnis Rumah Sakit periode tahun 2020–2024 beserta risiko adalah sebagai berikut

Tabel 1.5 *Inisiatif Strategis*

No.	Sasaran Strategis	Risiko
Perspektif Konsumen		
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	Masih kurangnya tindak lanjut pengaduan pelanggan serta belum terlaksananya pengembangan layanan Pelaksanaan penanganan belum sesuai SPO
Perspektif Learn and Growth		
2	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	Perolehan data belum akurat dan implementasi sistem rujukan pasien tidak terintegrasi
3	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4	Belum terlaksananya program pengampunan kepada rumah sakit terkait
4	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Pemeliharaan fasilitas sarana, prasarana, dan alat kesehatan tidak dilakukan secara optimal
5	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	Belum terlaksananya layanan penyakit prioritas
6	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Belum adanya sistem informasi berbasis digital sehingga data surveilans masih dikirimkan secara manual
Perspektif Proses Bisnis Internal		
7	Terselenggaranya pelayanan <i>Centre Of Excellent</i> di RS vertikal secara optimal	Fasilitas parkir belum tertata dengan baik serta pelayanan kepada pasien yang tidak optimal
8	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	Implementasi kerja sama dengan institusi pendidikan, rumah sakit jejaring dalam negeri maupun luar negeri belum optimal serta pelaksanaan penelitian tidak sesuai dengan waktu yang ditetapkan
9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	Masih tingginya jumlah kematian pasien di rumah sakit
10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	Belum optimalnya pelaksanaan audit medis pada masing-masing layanan penyakit prioritas
11	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	Belum optimalnya pelayanan unggulan VVIP
Perspektif Keuangan		
12	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	Tidak efektif dan efisien Pembiayaan



BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

LAKIP

RSUP Prof Dr. R.D Kandou
Manado

BAB II

PERENCANAAN DAN PERJANJIAN KINERJA

2.1. RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB)

Rencana Strategis Bisnis (RSB) bagi sebuah organisasi publik adalah merupakan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholders*. RSB juga merupakan bentuk tanggung jawab utama jajaran manajemen puncak organisasi publik terhadap pemenuhan kepentingan *stakeholders*. Perencanaan kinerja merupakan proses penetapan kegiatan tahunan dan indikator kinerja berdasarkan program, kebijakan dan sasaran yang telah ditetapkan dalam sasaran strategis. Rencana kinerja Prof Dr. R.D. Kandou Manado Tahun 2023 yang telah ditetapkan sesuai dengan rencana strategis dan target masing-masing indikator untuk mencapai sasaran strategis organisasi.

Perencanaan kinerja dibawah ini merupakan dasar bagi kinerja RSUP Dr. R.D. Kandou Manado untuk melaksanakan program dan/atau kegiatan sebagai suatu kinerja aktual. Memperhatikan pentingnya integrasi misi pendidikan, layanan dan riset yang unggul dalam menghadapi tantangan yang berkembang dimasa mendatang, dengan memperhatikan capaian kinerja tahun 2020-2024, maka dibutuhkan penyesuaian sasaran-sasaran strategis beserta KPI nya sebagaimana tercantum dalam RSB RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado Tahun 2023. Dokumen RSB ini diharapkan akan lebih fokus lagi menentukan arah dan prioritas kinerja untuk ditahun berikutnya dalam mengemban misi dan mencapai visi organisasi.

Rencana Stategis Bisnis (RSB) RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado periode tahun 2020-2024 berisi tujuan, sasaran strategis dan target yang akan di capai dalam kurun waktu 5 (lima) tahun sesuai dengan tugas dan fungsinya. Secara singkat dapat digambarkan Rencana Strategis Bisnis RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado sebagai berikut :

A. VISI :

“Menjadi Rumah Sakit Pendidikan dengan Layanan Bermutu dan Berkeadilan Didukung SDM yang Produktif serta Tata Kelola Keuangan yang Handal”

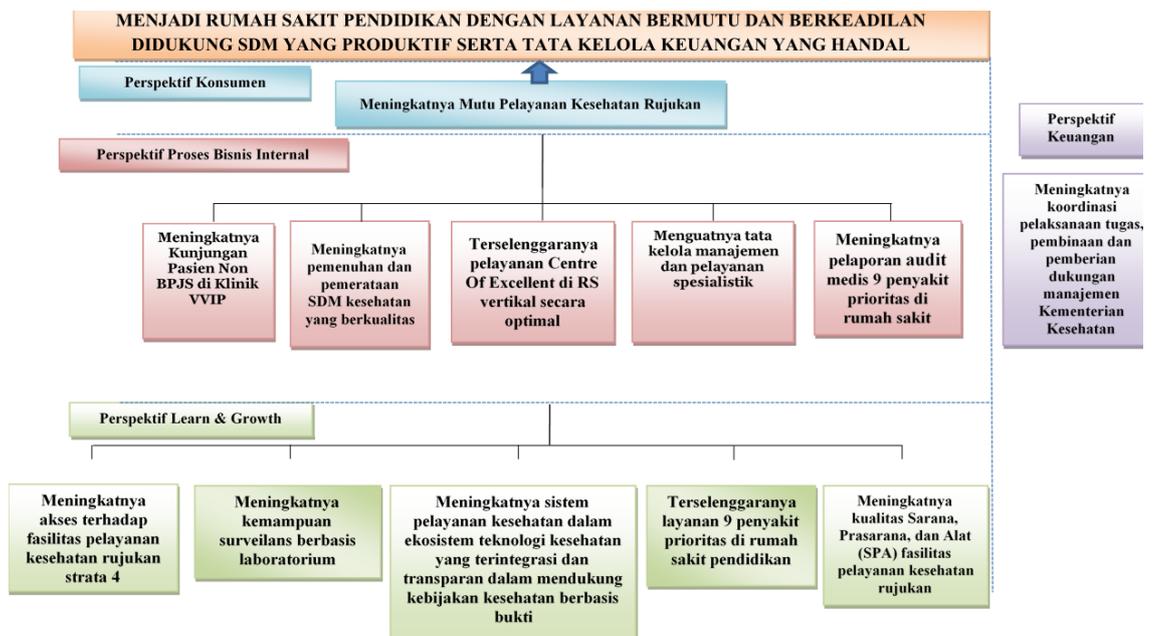
Visi ini mencerminkan penjabaran visi presiden di Kementerian Kesehatan yaitu dengan menjadi rumah sakit umum pusat rujukan nasional terdepan dalam layanan, Pendidikan dan penelitian yang berstandar internasional serta mendukung menciptakan manusia yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan.

MISI :

1. Meningkatkan pelayanan kesehatan melalui pengembangan layanan unggulan dengan didukung sarana prasarana yang terkini.
2. Menciptakan SDM yang produktif, professional dan berintegritas melalui pendidikan, pelatihan dan penelitian.
3. Memantapkan tata kelola keuangan yang terintegrasi, transparan, independen dan akuntabel dengan menggunakan teknologi informasi terkini.

Dalam upaya pencapaian visi dan misi organisasi maka ditetapkan strategi bisnis yang disusun berdasarkan 4 (empat) perspektif, yakni perspektif *stakeholders*, perpektif proses bisnis, perspektif *learning & growth*, dan perspektif *finansial*. Strategi bisnis tersebut digambarkan pada peta strategi RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado Tahun 2020-2024 dibawah ini;

Gambar 2.1 PETA STRATEGIS RSUP PROF Dr. R.D. Kandou Manado



Berdasarkan peta strategis tersebut disusun sasaran strategis sebagai upaya untuk mencapai misi yang sudah ditetapkan yaitu :

1. Perspektif Konsumen terdiri dari satu sasaran strategis yaitu :
 - a. Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan
2. Perspektif Proses Bisnis Internal terdiri dari tiga sasaran strategis yaitu :
 - a. Terselenggaranya pelayanan *centre of excellent* di RS vertikal secara optimal
 - b. Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas
 - c. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik
 - d. Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit
 - e. Meningkatnya kunjungan pasien Non BPJS di Klinik VVIP
3. Perspektif *Learn and Growth*
 - a. Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti
 - b. Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4
 - c. Meningkatnya kualitas sarana, prasarana dan alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan
 - d. Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit Pendidikan
 - e. Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium
4. Perspektif Keuangan
 - a. Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

2.2 Perjanjian Kinerja Tahun 2023

Dalam upaya mewujudkan visi dan misi RSUP Prof Dr. R.D.Kandou Manado, manajemen bertanggung jawab mengarahkan dan memastikan langkah-langkah strategis baik ditingkat korporat maupun unit kerja agar berjalan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan, melalui *Key Performance Indicator* (KPI) atau indikator kinerja utama dalam Rencana Strategis Bisnis (RSB).

Di Tahun 2023 terdapat indikator yang di kontrak kinerjakan dalam perjanjian kinerja antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan Direktur Utama RSUP Prof Dr.R.D. Kandou, selanjutnya indikator tersebut dibreakdown menjadi KPI Unit kerja sesuai dengan tupoksi unit kerja masing-masing.

RSUP Prof Dr. R.D. Kandou menetapkan indikator beserta target kinerja setiap tahunnya, merujuk pada Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024. Indikator

tersebut dilakukan pemantauan dan evaluasi secara periodik untuk memastikan bahwa pengukuran sesuai dengan tujuan ditetapkan indikator dan sejalan dengan visi misi organisasi. Berikut ini adalah indikator kinerja yang dikontrak kerjanya dalam perjanjian kinerja antara Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan dan Direktur Utama RSUP Prof Dr. R.D.Kandou Manado di tahun 2023 :

Tabel 2.1 Rencana Kinerja Tahunan (RKT)

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR		TARGET 2023
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	1	Indeks Kepuasan Masyarakat	80%
		2	Jenis dan Jumlah Pengembangan Layanan	6 Layanan
2	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	3	Jumlah kerjasama dengan Institusi Pendidikan	20 Dokumen
		4	Jumlah kerjasama dengan rumah sakit jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri	18 Dokumen
		5	Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui Fellowship	80%
		6	Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan in house	80%
		7	Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan exhouse training	35%
		8	Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah Nasional/Internasional	70 Dokumen
3	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	9	% integrasi sistem informasi	80%
		10	tercapainya implementasi TEMANDIRI	90%
		11	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE)	100%
4	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4	12	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Uro-Nefrologi	4 RS
		13	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Stroke	3 RS
		14	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Kanker	5 RS
		15	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Kardiovaskular	3 RS
		16	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Maternal neonatal	3 RS
		17	Terselenggaranya stratifikasi paripurna di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou	1 Stratifikasi
5	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	18	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA)	95%
6	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	19	Persentase penurunan jumlah kematian di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou	< 2.5
7	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	20	Jumlah layanan penyakit prioritas	1 Layanan
8	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	21	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP	1 Layanan
		22	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
9	Terselenggaranya pelayanan <i>Center of Excellence</i> di RS Vertikal secara optimal	23	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan
		24	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥ 70%
		25	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80%
		26	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR		TARGET 2023
		27	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%
		28	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
		29	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	≥ 80%
		30	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 Indikator untuk setiap layanan
		31	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 48 jam
		32	Emergency Respon time 2	≤ 120 menit
		33	Waktu tunggu hasil pemeriksaan foto thorax elektif ≤ 3 Jam	≤ 3 jam
		34	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤ 30 Menit
		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%
10	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	36	Jumlah layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan
11	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	37	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%
		38	Kepatuhan penggunaan APD	100%
		39	Kepatuhan identifikasi pasien	100%
		40	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%
		41	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
		42	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
		43	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%
		44	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%
		45	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
		46	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
		47	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan
12	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	48	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital	1 Sistem
13	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	49	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5%
		50	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
		51	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
		52	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
		53	Persentase nilai EBITDA Margin	15%
		54	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	75%

Adapun dokumen Perjanjian Kinerja yang dikontrak dikerjakan adalah sebagai berikut:

**DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PROF. DR. R.D KANDOU MANADO**


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini.

Nama : Dr.dr. Jimmy Panelewen, Sp.B-KBD
Jabatan : Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R.D Kandou Manado
Selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
Jabatan : Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan
Selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.

Jakarta, Januari 2023

Pihak kedua,


Dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP. 197106262000031002


Dr. Jimmy Panelewen, Sp.B-KBD
NIP. 196408171991031004

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2023
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT PROF DR. R.D.KANDOU MANADO**

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023
1 Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	1 Indeks Kepuasan Masyarakat	80%
	2 Jenis dan Jumlah Pengembangan Layanan	6 Layanan
2 Meningkatkan pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	3 Jumlah kerjasama dengan institusi Pendidikan	20 Dokumen
	4 Jumlah kerjasama dengan rumah sakit jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri	18 Dokumen
	5 Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui fellowship	80%
	6 Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan in house	80%
3 Meningkatkan sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	7 Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan berbasis training	35%
	8 Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah Nasional/ Internasional	70 Dokumen
	9 % integrasi sistem informasi	80%
4 Meningkatkan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4	10 tercapainya implementasi TEMANDIRI	90%
	11 Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE)	100%
	12 Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Uro-Nefrologi	4 RS
	13 Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Stroke	3 RS
	14 Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Kanker	5 RS
15 Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Kardiovaskular	3 RS	

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023
5 Meningkatkan kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	16 Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Maternal neonatal	3 RS
	17 Terselenggaranya stratifikasi paripurna di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou	1 Stratifikasi
6 Mengatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	18 Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA)	95%
	19 Persentase penurunan jumlah kematian di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou	< 2,5
7 Meningkatkan pelaporan audit rumah sakit	20 Jumlah layanan penyakit prioritas	1 Layanan
8 Meningkatkan Kunjungan Center of Excellence di RS	21 Tersedianya pelayanan unggulan VVIP	1 Layanan
	22 Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%
9 Terselenggaranya pelayanan Unggulan berlatar Internasional Vertikal secara optimal	23 Terselenggaranya Layanan Unggulan berlatar Internasional	1 Layanan
	24 Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥ 70%
	25 Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80%
	26 Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%
	27 Pemudanan waktu Operasi Efektif	≤ 3%
	28 Kecepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%
	29 Kecepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	≥ 80%
30 Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KISU	1 Indikator untuk setiap layanan	
31 Waktu tunggu operasi efektif	≤ 48 jam	

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023
32	Emergency Respon time 2	≤ 120 menit
	33 Waktu tunggu hasil pemeriksaan foto thorax elektif ≤ 3 Jam	≤ 3 jam
34	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤ 30 Menit
	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%
10 Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	36 Jumlah layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan
11 Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	37 Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%
	38 Kepatuhan penggunaan APD	100%
	39 Kepatuhan identifikasi pasien	100%
	40 Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%
	41 Waktu tunggu rawat jalan	≥80%
	42 Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%
	43 Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%
	44 Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%
	45 Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%
	46 Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%
47 Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	
12 Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	48 Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem

SASARAN STRATEGIS	INDIKATOR	TARGET 2023
13 Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	49 Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92,5%
	50 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%
	51 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%
	52 Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%
53 Persentase nilai EBTTDA Margin	15%	
54 Rasio PNEBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	75%	

Program

Dukungan Manajemen dan Program Pelayanan Kesehatan dan JKN

Rp. 604.089.718.000

Pihak kedua,

Jakarta, Januari 2023


Dr. Azhar Jaya, SKM, MARS
NIP. 197106262000031002


Dr. Jimmy Panelewen, Sp.B-KBD
NIP. 196408171991031004



BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA



LAKIP

RSUP Prof Dr. R.D Kandou
Manado

3.1 Capaian Kinerja Organisasi

Pengukuran kinerja merupakan bagian suatu proses dari sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintah sebagai suatu tatanan, instrumen, dan metode pertanggungjawaban. Pengukuran kinerja secara khusus merupakan kegiatan memantau, menilai dan membandingkan tingkat kinerja yang dicapai dengan tingkat kinerja standar, rencana, atau target kegiatan. Pengukuran kinerja diperlukan untuk mengetahui sampai sejauh mana realisasi atau capaian kinerja yang berhasil dilakukan oleh RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado, dalam kurun waktu Januari-Desember 2023.

Tahun 2023 merupakan tahun keempat pelaksanaan Rencana Strategis RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Tahun 2020-2024. Adapun pengukuran kinerja yang dilakukan adalah dengan membandingkan realisasi capaian dengan rencana tingkat capaian (target) pada setiap indikator kegiatan didalam rencana strategis, sehingga diperoleh gambaran tingkat keberhasilan pencapaian masing-masing indikator, sehingga dapat ditindaklanjuti dalam perencanaan program/kegiatan dimasa yang akan datang agar setiap program/kegiatan yang direncanakan dapat lebih berhasilguna dan berdayaguna.

Selain untuk mendapat informasi mengenai masing-masing indikator pengukuran dan juga dimaksudkan untuk mengetahui kinerja RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado selama tahun 2023 khususnya dibandingkan dengan target yang ingin dicapai yang sudah ditetapkan di awal Tahun. Selain itu manfaat pengukuran kinerja antara lain untuk memberikan gambaran kepada pihak-pihak internal dan eksternal tentang pelaksanaan program-program dan kegiatan dalam rangka mewujudkan tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dan penetapan kinerja.

Sasaran merupakan tujuan yang akan dicapai secara nyata oleh RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Tahun 2023 dalam rumusan yang lebih spesifik, terukur dalam kurun waktu 1 (satu) Tahun. Dalam rangka mencapai sasaran perlu ditinjau indikator-indikator yang ditetapkan di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado tahun 2023 sesuai dengan Rencana Strategis Bisnis (RSB). Berikut disampaikan capaian indikator kinerja tahun 2023, sebagai berikut :

CAPAIAN INDIKATOR KINERJA RUMAH SAKIT TAHUN 2023

Tabel 3.1. Capaian Indikator Rumah Sakit

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR		TARGET 2023	CAPAIAN %
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	1	Indeks Kepuasan Masyarakat	80%	89%
		2	Jenis dan Jumlah Pengembangan Layanan	6 Layanan	6 Layanan
2	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	3	Jumlah kerjasama dengan Institusi Pendidikan	20 Dokumen	33 Dokumen
		4	Jumlah kerjasama dengan rumah sakit jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri	18 Dokumen	23 Dokumen
		5	Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui Fellowship	80%	81%
		6	Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan in house	80%	80%
		7	Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan exhouse training	35%	37%
		8	Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah Nasional/Internasional	70 Dokumen	127 Dokumen
3	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	9	% integrasi sistem informasi	80%	100%
		10	tercapainya implementasi TEMANDIRI	90%	98%
		11	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE)	100%	100%
4	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4	12	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Uro-Nefrologi	4 RS	4 RS
		13	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Stroke	3 RS	3 RS
		14	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Kanker	5 RS	5 RS
		15	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Kardiovaskular	3 RS	3 RS
		16	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Maternal neonatal	3 RS	3 RS
		17	Terselenggaranya stratifikasi paripurna di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou	1 Stratifikasi	2 Stratifikasi
5	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	18	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA)	95%	92.07%
6	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik	19	Persentase penurunan jumlah kematian di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou	< 2.5	-23%
7	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	20	Jumlah layanan penyakit prioritas	1 Layanan	1 Layanan
8	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	21	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP	1 Layanan	1 Layanan (Transplantasi Ginjal)
		22	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%	1%
9	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	23	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan
		24	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥ 70%	70%
		25	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80%	89%

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR	TARGET 2023	CAPAIAN %	
		26	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%	71.79%
		27	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%	0.53%
		28	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	82.23%
		29	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	≥ 80%	98.08%
		30	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 Indikator untuk setiap layanan	1 Indikator setiap layanan (Kanker; Jantung; Uronefro; stroke; PINERE)
		31	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 48 jam	36.28 Jam
		32	Emergency Respon time 2	≤ 120 menit	159.66 Menit
		33	Waktu tunggu hasil pemeriksaan foto thorax elektif ≤ 3 Jam	≤ 3 jam	1.5 Jam
		34	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤ 30 Menit	38 Menit
		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%
10	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	36	Jumlah layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan	1 Layanan
11	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	37	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%	89.39%
		38	Kepatuhan penggunaan APD	100%	98.38%
		39	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%
		40	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%	86.90%
		41	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	86.50%
		42	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	99.38%
		43	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	98%
		44	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)	≥85%	99.40%
		45	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%
		46	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%	100%
		47	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	12 Laporan
12	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	48	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem	1 Sistem
13	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	49	Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan	92.5%	94.31%
		50	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	118%

SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR		TARGET 2023	CAPAIAN %
		51	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	97.36%
		52	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	83.61%
		53	Persentase nilai EBITDA Margin	15%	3%
		54	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	75%	91%

3.2 Analisis Capaian Indikator Kinerja Berdasarkan Sasaran Strategis

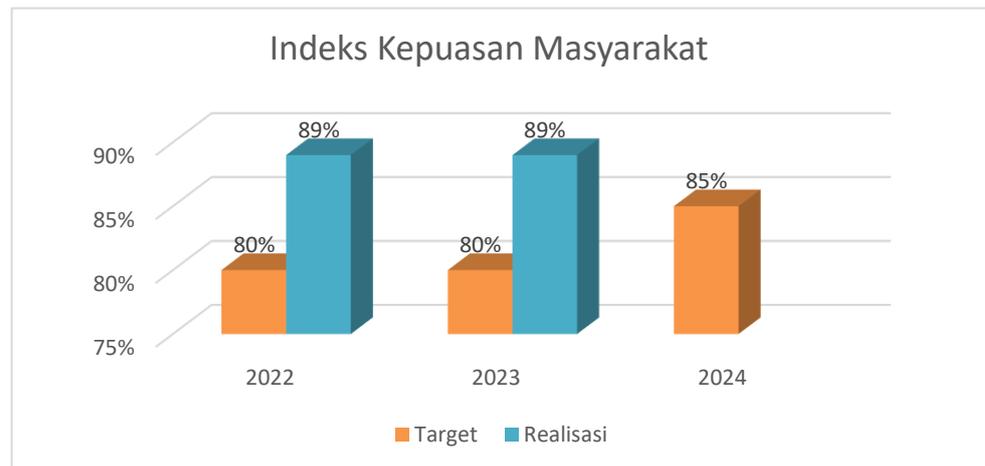
3.2.1 Sasaran strategis meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

1. KPI Indeks Kepuasan Masyarakat (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou, perlu di susun survey kepuasan sebagai tolok ukur untuk menilai kulaitas pelayanan. Survey kepuasan masyarakat dilakukan secara berkala setiap tahun. Disamping itu data survey kepuasan masyarakat dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya, dan capaian KPI IKM RSUP Prof Dr.R.D.Kandou ini dapat di gambarkan pada grafik dibawah ini :

Grafik 3.1 Capaian IKM



b. Analisa Capaian

KPI Indeks Kepuasan Masyarakat di tahun 2023 tercapai 89% dari target 80% dengan presentase yang sama di tahun 2022 (89%) dan ditargetkan di tahun 2024 sebesar 85%. Adapun nilai unsur pelayanan terendah untuk instalasi gawat darurat sebesar 84% dengan unsur yang dinilai yaitu terkait kecepatan pelayanan, kemampuan petugas pelayanan dan kualitas sarana dan prasarana.

c. Hambatan

- 1) Kurangnya keseriusan dan objektivitas responden/masyarakat dalam memberikan pendapatnya.
- 2) Kurangnya pemahaman responden tentang pentingnya hasil survei indeks kepuasan masyarakat (IKM)
- 3) Kurangnya kepercayaan responden terhadap upaya perubahan paradigma dan peningkatan pelayanan yang dilakukan oleh aparatur
- 4) Pasien tidak mempunyai *smartphone* dan kuota untuk mengisi survey kepuasan secara online
- 5) Tidak semua ruangan mempunyai koneksi internet yang bagus

d. Langkah-langkah antisipatif

- 1) Perlu adanya sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya kegiatan survey indeks kepuasan masyarakat (IKM) dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan untuk mewujudkan pelayanan prima dalam arti memenuhi harapan dan kebutuhan baik bagi pemberi maupun penerima pelayanan.
- 2) Perlunya konsistensi para penyelenggara pelayanan public untuk terus meningkatkan kemampuan, keterampilan, kenyamanan, keamanan dan kelengkapan sarana prasarana pendukung untuk terciptanya pelayanan publik yang optimal.
- 3) Memaksimalkan proses integrasi Sistem Informasi Rumah Sakit diseluruh layanan baik rawat jalan maupun rawat inap.

2. KPI Jenis dan jumlah pengembangan layanan (IKU RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.2 Capaian Pengembangan Layanan

2022	2023	2024
<ul style="list-style-type: none">•Layanan Bedah Vaskuler (Brand Layanan)•Layanan Kanker Terpadu•Layanan Endoskopi Advance	<ul style="list-style-type: none">•Layanan Bedah Vskuler (Brand Layanan)•Layanan Uro Nefrologi•Layanan Stroke•Layanan Eksekutif•Pengembangan Layanan Kardio Vaskuler Anak•Pengembangan Layanan PICU dan NICU	<ul style="list-style-type: none">•Layanan Transplantasi Organ•Pengembangan Layanan Kanker Terpadu•Pengembangan Layanan NICU PICU•Layanan Estetik Terpadu•Home Care•Layanan Kedokteran Nuklir

b. Analisa Capaian

Adapun Program kerja yang dilakukan adalah

1. Layanan Stroke

- 1) Koordinasi dengan bidang terkait untuk pengembangan keahlian melalui pelatihan dan Pendidikan
- 2) Mengusulkan kebutuhan sarana/prasarana yang sesuai
- 3) Mengadakan promosi edukasi terkait layanan stroke melalui IPKRS

2. Layanan Bedah Vaskuler

- 1) Koordinasi dengan bidang terkait untuk pengembangan keahlian melalui pelatihan dan Pendidikan
- 2) Penguatan kerjasama dengan RSPN Cipto Mangunkusumo Jakarta/FKUI terkait layanan unggulan Vaskuler
- 3) Kerjasama dengan rumah sakit atau institusi Pendidikan luar negeri terkait layanan unggulan
- 4) Mengadakan promosi dan edukasi terkait layanan vaskuler melalui IPKRS

3. Layanan Kardio Vaskuler Anak

- 1) Koordinasi dengan bidang terkait untuk pengembangan keahlian melalui Pendidikan dan pelatihan
- 2) Mengusulkan sarana dan prasarana yang dibutuhkan
- 3) Mengadakan promosi dan edukasi terkait layanan vaskuler Anak melalui IPKRS

4. Layanan Uronefrologi

- 1) Pengembangan inovasi layanan ; Onkologi urologi, Pediatric Urologi, Transplantasi ginjal
- 2) Pengadaan sarana dan prasarana yang masih diperlukan terutama untuk transplantasi ginjal
- 3) Mengadakan promosi dan edukasi terkait layanan transplantasi ginjal melalui IPKRS
- 4) Koordinasi dengan bidang terkait untuk pengembangan keahlian melalui Pendidikan dan pelatihan
- 5) Melanjutkan kerjasama dengan RSPN. Cipto Mangunkusumo Jakarta/FKUI terkait uronefrologi

c. Tindak Lanjut

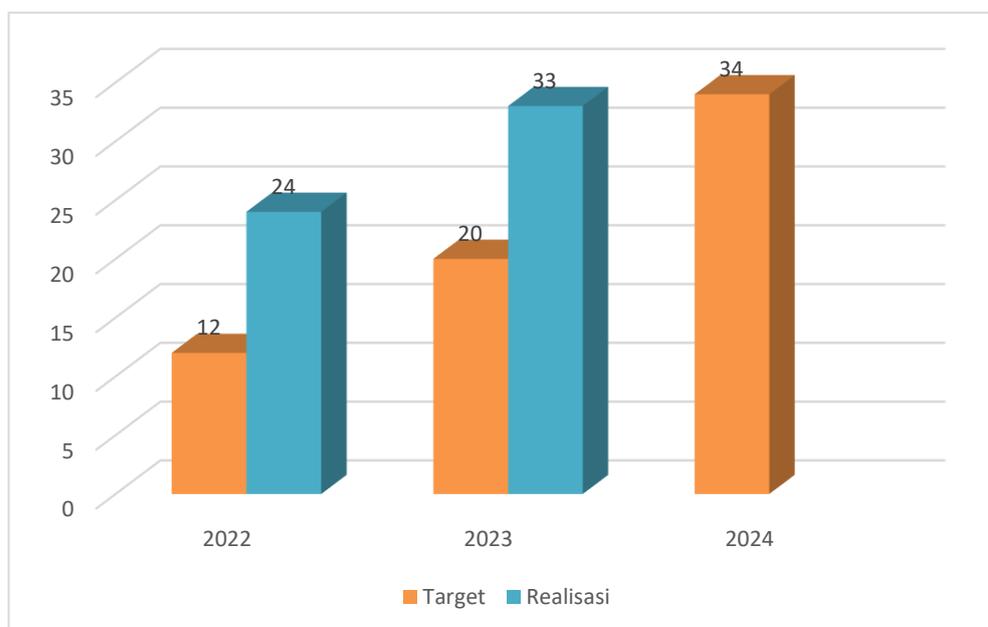
Menyelesaikan proses program kerja yang sedang berlangsung

3.2.2 Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas

1. KPI Jumlah kerjasama dengan Institusi Pendidikan (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.2 Capaian Jumlah Kerjasama dengan Institusi Pendidikan



b. Analisa Capaian

KPI Jumlah Kerjasama dengan institusi Pendidikan di tahun 2023 tercapai 33 PKS dari target 20 PKS, capaian ini naik 56% dari tahun 2022 dan di tahun 2024 ditargetkan menjadi 22 PKS.

c. Daftar Kerjasama Pendidikan

Tabel 3.3 Daftar Kerjasama Pendidikan

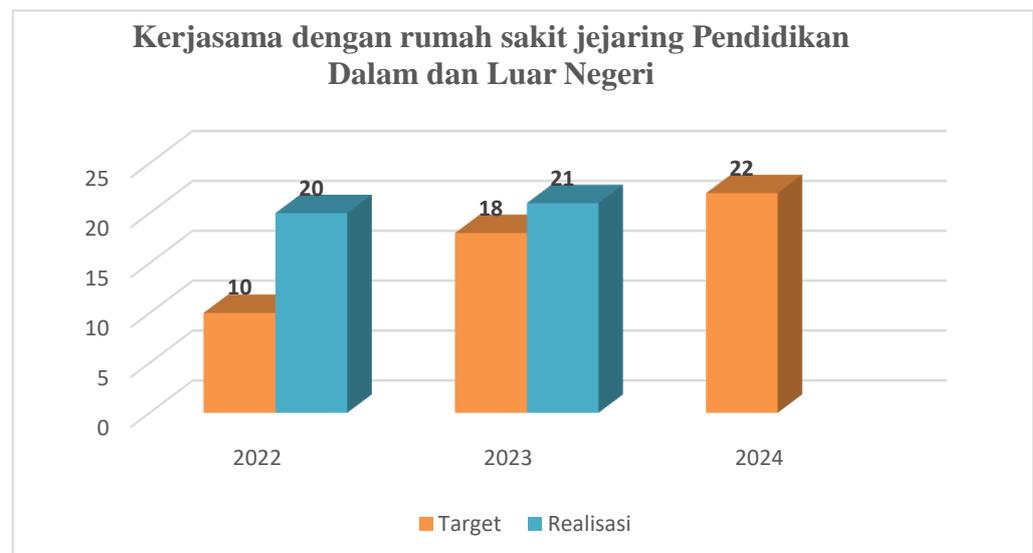
No	Uraian	Mitra
1	Kerja Sama Kelembagaan & Pengembangan SDM	Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado
2	Praktik Klinik Keperawatan	Politeknik Negeri Nusa Utara
3	Kelembagaan dan Pengembangan SDM di Bidang Pendidikan Penelitian & Pengabdian Masyarakat	Akademi Keperawatan Rumkit Tingkat III Manado
4	Penyelenggaraan Praktik Klinik, Penelitian dan Pengabdian Keperawatan	Fakultas Keperawatan UNIKA De La Salle Manado RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
5	Praktik Klinik, Profesi & Riset	Universitas Sariputra Indonesia
6	Pelaksanaan Pelayanan, Pendidikan dan Penelitian Profesi Dokter, Dokter Gigi, Ners & Program Pendidikan Dokter Spesialis di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado	Fakultas Kedokteran Univ. Sam Ratulangi
7	Stase Prog. Pendidikan Dokter Subspesialis Bedah Vaskular	Universitas Indonesia RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
8	Kerjasama Kelembagaan & Pengembangan SDM dibidang Pendidikan, Penelitian & Pengabdian Masyarakat	Fakultas Keperawatan Universitas Klabat Airmadidi
9	Praktik Kerja Lapangan	Akademi Keperawatan Totobuan
10	Pelaksanaan Praktik Klinik	Institut Kesehatan dan Teknologi Graha Medika Kotamobagu
11	Praktik Kerja Profesi Apoteker, Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat	Fakultas Farmasi Institut Sains dan Teknologi Nasional
12	Praktik Kerja Profesi Apoteker	Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta

No	Uraian	Mitra
13	Kelembagaan dan Pengembangan SDM di Bidang Pendidikan Penelitian & Pengabdian Masyarakat	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Halmahera Tobelo
14	Praktik Kerja Lapangan Mahasiswa	Politeknik Kesehatan Kemenkes Palu
15	Pendidikan, Penelitian & Pengabdian Kepada Masyarakat (MoU)	Universitas Sam Ratulangi RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
16	Praktik Kerja Lapangan Mahasiswa	Akademi Kebidanan Palu Sulawesi Tengah
17	Penyelenggaraan Pelatihan Kesehatan di UPTD Balai Pelatihan Kesehatan Dinas Kesehatan Prov. Sulut	UPTD Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) Prov. Sulut
18	Program Studi Kedokteran	Yayasan Perguruan Tinggi Univ. De La Salle Manado
19	(MoU) Pengembangan dan Implementasi Tridarma Perguruan Tinggi Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak di Wilayah RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado	Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Muhammadiyah Pontianak
20	Pelaksanaan Pendidikan	RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Program Studi Administrasi Rumah Sakit Program Pascasarjana Univ. Respati Indonesia
21	Penyelenggaraan Pendidikan Fellowship Jantung dan Pembuluh Darah di RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado	RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado Kolegium Jantung dan Pembuluh Darah Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia
22	Kegiatan Akademik Program Studi Urologi Fakultas Kedokteran Univ. Indonesia	Universitas Indonesia RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
23	Praktik Kerja Lapangan Mahasiswa	Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Gorontalo
24	Kerjasama dalam Bidang Pendidikan, Pengajaran dan Pengabdian kepada Masyarakat	Sekolah Menengah Kejuruan Negeri 6 Manado
25	Kerjasama dalam Bidang Pendidikan, Pengajaran dan Pengabdian kepada Masyarakat Serta Implementasi Program Merdeka Belajar dan Kampus Merdeka	Universitas Muhammadiyah Manado
26	Praktik Klinik, Profesi & Riset	Universitas Sariputra Indonesia
27	Praktek Klinik Keperawatan	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Tomohon
28	Penyelenggaraan Magang/Praktek Klinik S1 Ilmu Gizi dan D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan	Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bakti Nusantara Gorontalo S1 Ilmu Gizi, DIII rekam medis, dan informasi kesehatan
29	Kerja Sama Magang Lulusan Poltekkes Kemenkes Manado	Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado
30	Kerja Sama Magang Lulusan Poltekkes Kemenkes Gorontalo	Politeknik Kesehatan Kemenkes Gorontalo
31	Penyelenggaraan Pelatihan	Dinas Kesehatan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara
32	Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian Kepada Masyarakat	Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Sam Ratulangi
33	Penyelenggaraan Pelatihan Bidang kesehatan yang Terakreditasi	Dinas Kesehatan Bolaang Mongondow

2. KPI Jumlah Kerjasama Dengan Rumah Sakit Jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.3 Capaian Jumlah Kerjasama Dengan RS Jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri



b. Analisa Capaian

KPI Jumlah kerjasama dengan rumah sakit jejaring Pendidikan dalam dan luar negeri pada tahun 2023 sebanyak 21 PKS dari target 18 PKS. Capaian ini naik 5% dari tahun 2022.

c. Daftar Kerjasama Dengan Rumah Sakit Jejaring Pendidikan dalam dan Luar Negeri

Tabel 3.4 Daftar Kerjasama dengan Jejaring Pendidikan

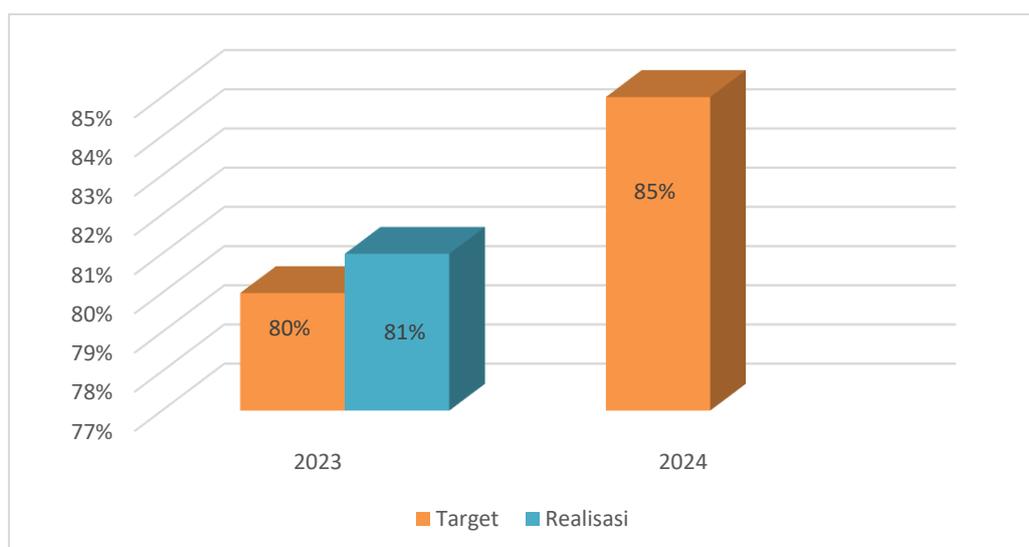
No	Kegiatan	Mitra
1	Stase Prog. Pendidikan Dokter Subspesialis	Universitas Indonesia
		RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
		RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
2	Pelayanan dan Pendidikan Kedokteran	Fakultas Kedokteran UNSRAT
		RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
		RSUD Tani dan Nelayan Kabupaten Boalemo
3	Penempatan PPDS-1 dan Pelayanan Kedokteran	Fakultas Kedokteran UNSRAT
		RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
		RS Dr. J. H. Awaloei
4	Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		RSU Kinapit
5	Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		RS Manembo-Nembo Tipe C Bitung
6	Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		RSUD Dr. Sam Ratulangi
7	Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 dan Pelayanan Kedokteran di RS Robert Wolter Monginsidi	RS Robert Wolter Monginsidi
8	Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		RS Bhayangkara Tk.III Manado
9	Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		RSUD Toto Kabila
10	Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 dan Pelayanan Kedokteran di RSU GMIM Kalooran	RSU GMIM Kalooran Amurang
11	Pendidikan, Penelitian & Pengabdian Kepada Masyarakat pada Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 Ilmu Penyakit Jantung & Pembuluh Darah di RS Jantung Binawaluya	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		Rumah Sakit Jantung Binawaluya
12	Penempatan Peserta Pendidikan Profesi Fakultas Kedokteran di RSJ Prof. Dr. V.L. Ratumbusang	RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado
		UPTD RSJ Prof. Dr. V.L Ratumbusang

No	Kegiatan	Mitra
13	Pendidikan, Penelitian & Pengabdian Kepada Masyarakat (MoU)	Universitas Sam Ratulangi
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
14	Penggunaan Fasilitas Rumah Sakit Untuk Pendidikan Profesi Dokter, Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis- 1	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		RSU GMIM Bethesda Tomohon
15	Penempatan Peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 & Pelayanan Kedokteran	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. D.R. Kandou Manado
		RSUD Dr. Mansyour Mohammad Dunda Limboto
16	Penyelenggaraan Pendidikan, Pelatihan, Penelitian Bidang Kedokteran di Rumah Sakit Pusat Otak Nasional Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		RSPON Prof. Dr. dr. Mahar Mardjono Jakarta
17	Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Pada Masyarakat Fakultas Kedokteran di RSUD Noongan	RSUD Noongan
		Fakultas Kedokteran UNSRAT
		RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
18	Pelaksanaan Pendidikan	RSUP Prof. Dr. R.D. Kandou Manado
		Program Studi Administrasi Rumah Sakit
		Program Pascasarjana Univ. Respati Indonesia
19	Kegiatan Akademik Program Studi Urologi Fakultas Kedokteran Univ. Indonesia	Universitas Indonesia
		RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
		RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
20	Penyelenggaraan Pendidikan Program Studi Profesi Dokter, Dokter Gigi dan NERS di RSU Dr. J. H. Awaloei	Fakultas Kedokteran UNSRAT
		RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado
		RS Dr. J. H. Awaloei
21	Penetapan peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis-1 dan Pelayanan Kedokteran di RSUD Maria Walanda Maramis	Fakultas Kedokteran Unsrat
		RSUP Prfo. Dr. R. D. Kandou Manado
		RSUD Maria Walanda Maramis

3. KPI Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui fellowship (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.4 Capaian Terlaksananya Peningkatan Kompetensi Tenaga Medis Melalui Fellowship



b. Analisa Capaian

KPI Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui fellowship ditahun 2023 tercapai 81% atau sebanyak 13 tenaga medis yang mengikuti kompetensi melalui fellowship dari 16 peserta, dan di tahun 2024 ditargetkan menjadi 85%.

c. Analisa Hambatan Dalam Pelaksanaan Kegiatan

KPI Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui fellowship ini masih dalam proses karena terdapat beberapa kendala antara lain:

- 1) Belum adanya rekomendasi dari kolegium/konsultan untuk mengikuti fellowship
- 2) Masa pelayanan beberapa dokter spesialis masih belum memenuhi syarat

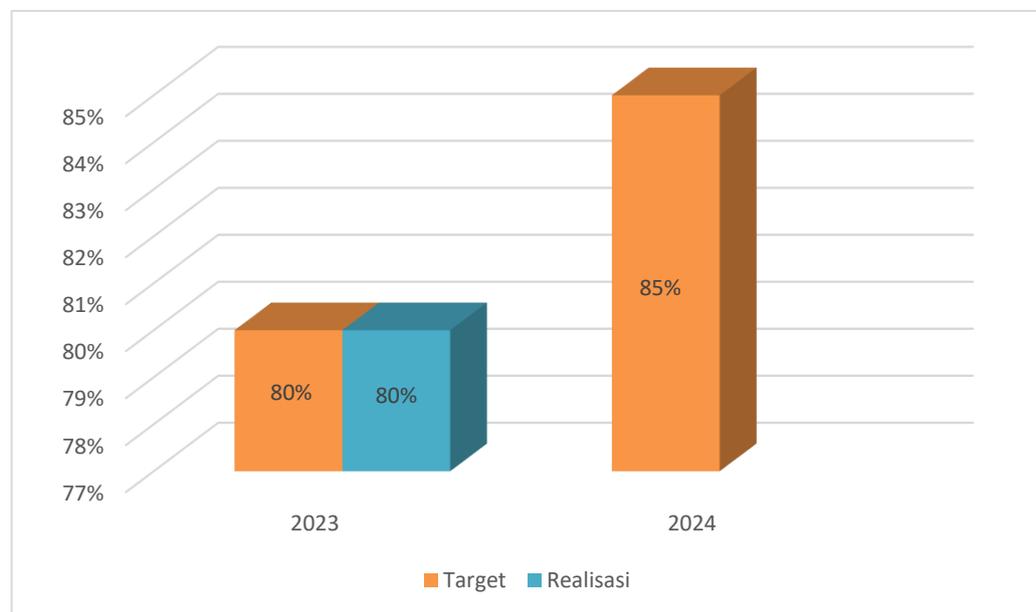
d. Langkah-langkah antisipatif

Koordinasi dengan KSM dan bagian terkait untuk penentuan target dokter spesialis yang akan mengikuti pengembangan kompetensi melalui fellowship

4. KPI Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan inhouse (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.5 Capaian peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan inhouse



b. Analisa Capaian

KPI Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan Inhouse di tahun 2023 tercapai 100% semua peserta telah mengikuti pelatihan. Dan target di tahun 2024 menjadi 85%.

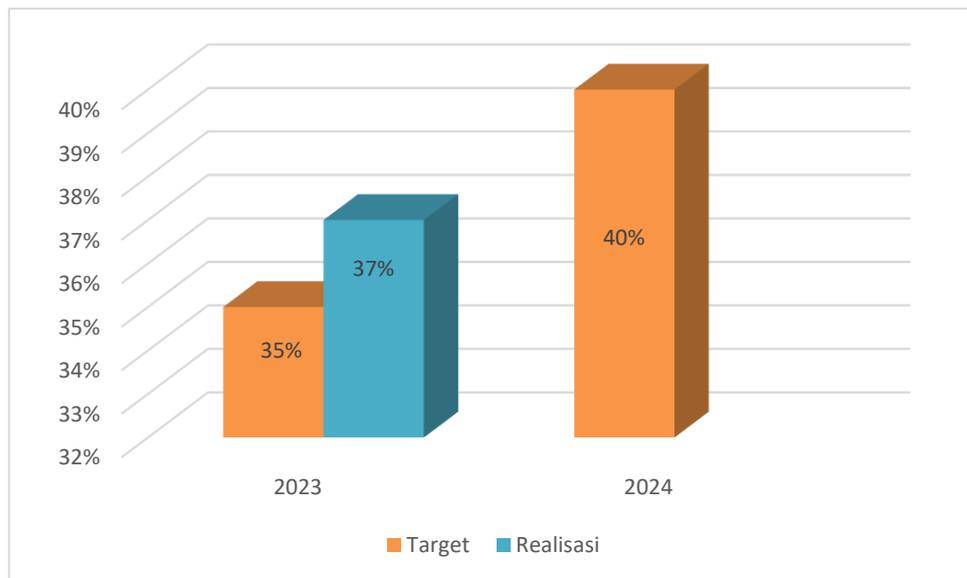
c. Langkah-langkah antisipatif

Akan memantau dengan ketat setiap peserta yang di terundang sehingga semua bisa mengikuti pelatihan dengan optimal.

5. **KPI Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan *exhouse training* (IKU-RSB)**

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.6 Capaian peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan *exhouse*



b. Analisa Capaian

KPI Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan *exhouse training* tercapai 37% dari 35% dan telah mencapai target yang telah ditetapkan, sehingga di tahun 2024 ditargetkan menjadi 40%

c. Analisa Kendala/Hambatan

Dalam pelaksanaan kegiatan pelatihan *exhouse training* terdapat hambatan antara lain adalah beberapa institusi yang menunda jadwal pelatihan.

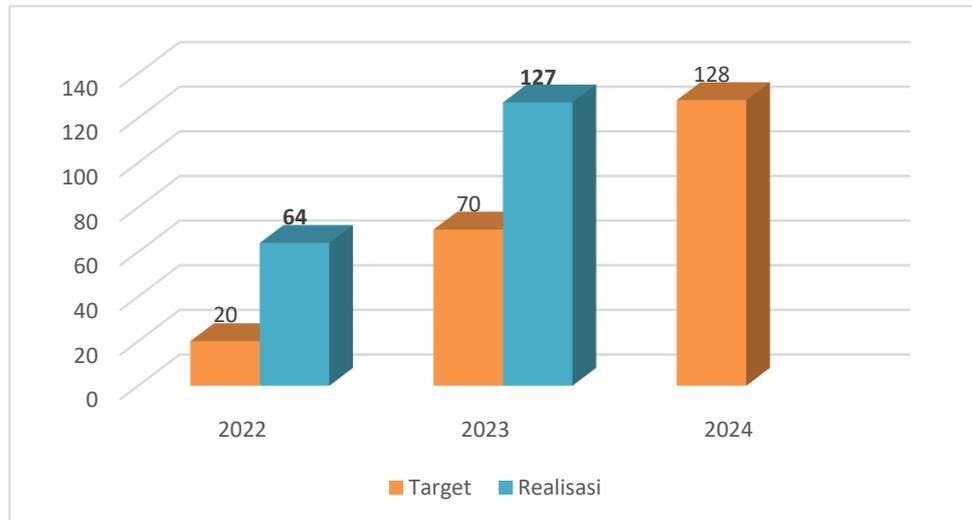
d. Rencana tindak lanjut

Akan berkoordinasi lebih intens dengan Rumah Sakit/Lembaga tempat pelatihan dengan demikian jadwal pelatihan *exhouse* bisa terlaksana dan target bisa tercapai dengan optimal.

6. KPI Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah Nasional/Internasional (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.7 Capaian Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah Nasional/Internasional



Kegiatan publikasi berfungsi sebagai sarana komunikasi antara para peneliti dengan masyarakat pengguna civitas akademika maupun masyarakat umum. indikator keberhasilan manajemen publikasikan hasil penelitian pada pusat studi pada dasarnya ditunjukkan oleh besarnya kontribusi terhadap kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dibidang kesehatan. Keberhasilan manajemen publikasi hasil penelitian di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou Manado sebagai pusat study tidak hanya dimaknai sebagai penyokong terhadap tercapainya visi dan misi RSUP Prof Dr.R.D.Kandou sebagai satelit AMC khususnya dalam penelitian, tetapi lebih dari itu dimaksudkan untuk pemanfaatan bagi dunia kesehatan, pasien, dan masyarakat. Tercapainya indikator ini menunjukkan pengelolaan peneliti yang sinergis antar unit dan peneliti seperti tergambar dari grafik capaian dibawah ini :

b. Analisis Capaian

KPI Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah nasional/internasional tercapai 127 dokumen yang dipublikasikan dari target 70 dokumen, dan capaian ini naik 49% dari tahun 2022, dan di tahun 2024 ditargetkan menjadi 75 dokumen penelitian yang di publikasikan.

c. Analisa Kendala/hambatan

Potensi keterlambatan publikasi artikel ilmiah terutama pada jurnal terindeks/bereputasi baik nasional/internasional. Hal ini terjadi oleh karena:

- 1) proses rewiu oleh jurnal yang memiliki rentang waktu kerja dan jenis telaah yang berbeda untuk setiap jurnal
- 2) Proses penerjemah kedalam Bahasa Inggris untuk beberapa jurnal mensyaratkan untuk dilakukan oleh penerjemah yang sudah tersertifikasi sebagai penerjemah ilmiah.

d. Rencana Tindak Lanjut

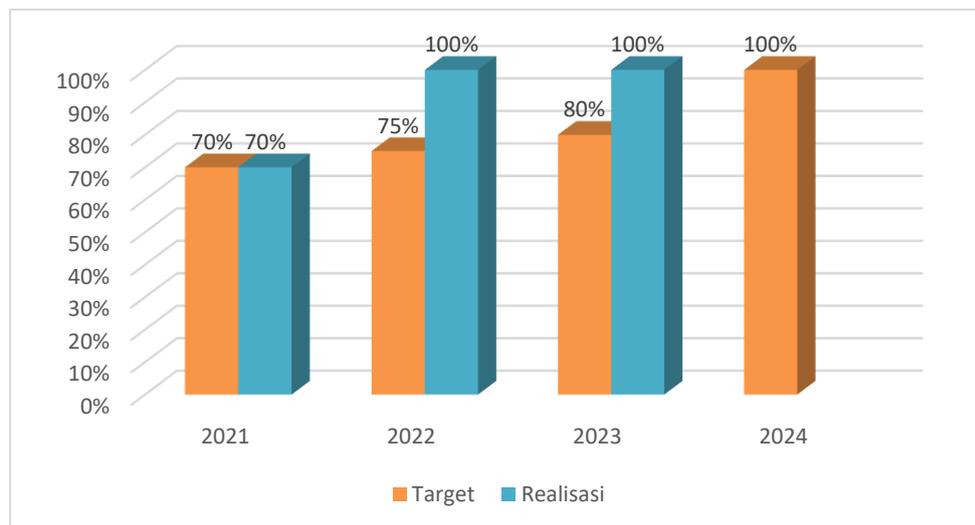
- 1) Mempertahankan keberhasilan dengan membangun komunikasi dengan unit terkait penelitian baik internal dan external rumah sakit.
- 2) Meningkatkan peran KEPK dan CRU dalam melakukan kajian etik dan pengawasan penelitian serta memberikan masukan mengenai publikasi jurnal ilmiah nasional dan internasional.

3.2.3 Sasaran Strategis Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti

1. KPI Persentase Integrasi Sistem Informasi (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.8 Capaian Persentase Integrasi Sistem Informasi



b. Analisa Capaian

KPI Persentase integrasi sistem informasi, terlihat jelas bahwa sistem di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado telah terintegrasi 100% sejak tahun 2021 sampai dengan tahun 2023, Capaian ini mengalami peningkatan dibanding pada masa awal implementasi sistem informasi rumah sakit ditahun 2020 yang hanya mencapai angka 70%.

c. Analisa Keberhasilan

Terdapat beberapa faktor penentu keberhasilan sistem informasi rumah sakit terintegrasi, diantaranya:

- 1) Adanya dukungan penuh manajemen yang mengerti dan berkomitmen, yang ikut serta dalam monitoring dan evaluasi penerapan sistem informasi di rumah sakit
- 2) Adanya pengguna aplikasi yang mengerti dengan cara penggunaan aplikasi serta peduli terhadap aplikasi, sehingga secara aktif dapat mengkomunikasikan kendala atau kekurangan dalam aplikasi
- 3) Adanya tenaga IT yang mumpuni dan berkualitas
- 4) Ketersediaan jaringan dan perangkat keras

d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Melaksanakan monitoring dan evaluasi penerapan sistem informasi di rumah sakit
- 2) Melakukan Analisa kebutuhan user terkait aplikasi dan menentukan skala prioritas
- 3) Implementasi/sosialisasi aplikasi baru sehingga semua pengguna aplikasi bisa mengerti cara penggunaan aplikasi baru
- 4) Merespon helpdesk atau pengaduan via telegram untuk penyelesaian permasalahan terkait aplikasi dan jaringan
- 5) Memastikan perangkat jaringan tersupply baterai dan konfigurasi jaringan sesuai kebutuhan
- 6) Menyiapkan internet backup untuk jaringan dan perangkat keras pengganti jika ada permasalahan
- 7) Backup database secara real time sesuai dengan standar Disaster Recovery Plan
- 8) Membekali dengan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dan kualitas tenaga IT

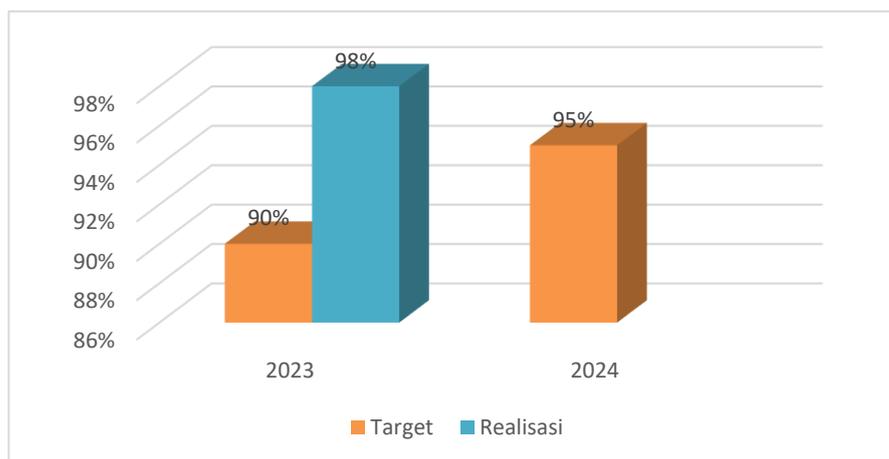
e. Rekomendasi

1. Pemeliharaan dan peningkatan jaringan, perangkat keras dan perangkat lunak
2. Pendidikan dan pelatihan yang berkaitan dengan SIMRS bagi staf SIMRS

2. KPI Tercapainya implementasi TEMANDIRI (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.9 Capaian Tercapainya implementasi TEMANDIRI



b. Analisa Capaian

KPI Implementasi TEMANDIRI di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou tercapai 98%, hal ini membuktikan jika penerapan sistem manajemen data dan evaluasi kinerja terintegrasi sudah berjalan dengan baik. Implementasi TEMANDIRI ini merupakan strategi kebijakan bagaimana sistem manajemen data mengevaluasi kinerja terintegrasi dimana didalamnya mengolah manajemen data, evaluasi kinerja dan juga bisa memenuhi aspek-aspek kebutuhan SDM di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou , dan bukan hanya di RSUP Prof Dr.R.Kandou saja tapi juga dengan BIRO Kepegawaian Kementerian Kesehatan dan diharapkan TEMANDIRI ini akan meningkatkan kinerja seluruh SDM dan sekaligus meningkatkan mutu pelayanan dan menjadi percontohan bagi semua rumah sakit vertikal di Indonesia untuk lebih transparan dan akuntabel.

c. Rencana Tindak Lanjut

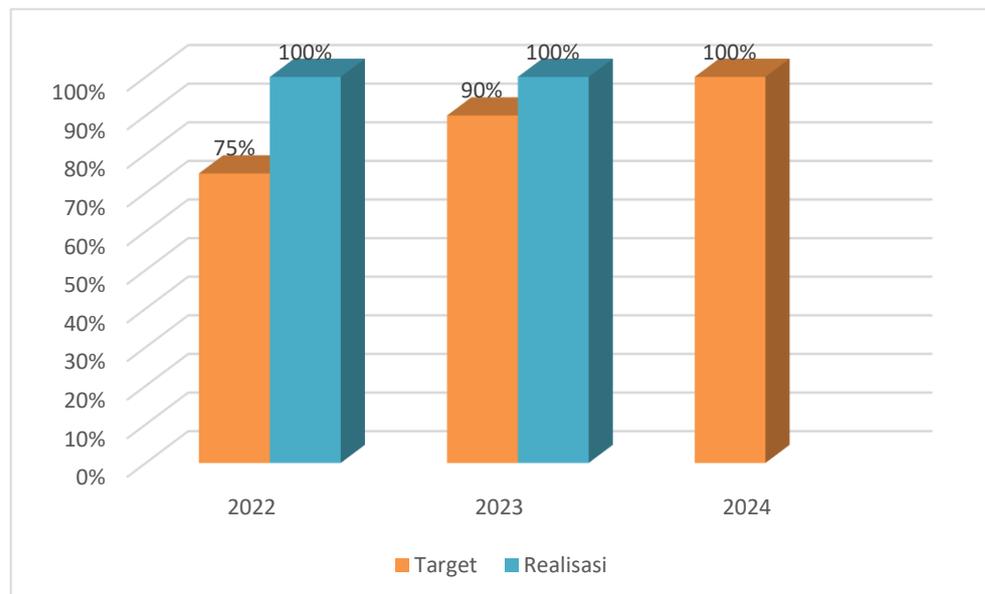
Penerapan implementasi TEMANDIRI di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou sudah berjalan dengan baik dan dalam pengembangan sistem sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.

3. KPI Persentase pelaksanaan SISRUTE (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

SISRUTE merupakan sistem informasi penyelenggaraan pelayanan kesehatan terpadu berbasis IT berguna untuk meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta untuk mempercepat proses rujukan sesuai kebutuhan medis pasien. Pada proses rujukan menggunakan SISRUTE diharapkan adanya komunikasi dan informasi awal sebelum pasien dirujuk melalui media komunikasi, sehingga pelayanan di rumah sakit tempat rujukan dapat memberikan pelayanan yang cepat dan tepat serta berdampak pada keselamatan pasien dan kepuasan keluarga/pasien. KPI Pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi yaitu menilai kasus rujukan melalui sistem rujukan terintegrasi yang memiliki respon time kurang dari 1 jam. KPI ini mempunyai formula perhitungan jumlah kasus yang memiliki respons kurang dari 1 jam dibagi dengan jumlah total kasus yang ditindaklanjuti. Indikator ini baru ditetapkan untuk diturunkan ke semua rumah sakit rujukan vertikal di Tahun 2021. Adapun pelaksanaan SISRUTE di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou berjalan optimal dan dapat dilihat dari capaian dibawah ini:

Grafik 3.10 Capaian Persentase pelaksanaan SISRUTE



b. Analisa Capaian

KPI Presentase Pelaksanaan SISRUTE tercapai 100% dari target IKU-RSB 100%. Pelaksanaan SISRUTE di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou selalu berjalan dengan baik, sehingga di tahun 2024 KPI ini ditargetkan menjadi 100%.

c. Analisa Hambatan/Kendala/Keberhasilan

- 1) Kebijakan implementasi yang termuat dalam pedoman pengorganisasian dan pedoman pelayanan di IGD. Dimana dalam pedoman tersebut tercantum tatalaksana sistem informasi pelayanan pra-hospital.
- 2) Teraturnya laporan pemanfaatan dan evaluasi penggunaan SISRUTE di RSUP PROF Dr.R.D.Kandou secara berkala
- 3) Petugas Operator SISRUTE 1 x 24 jam

d. Rekomendasi :

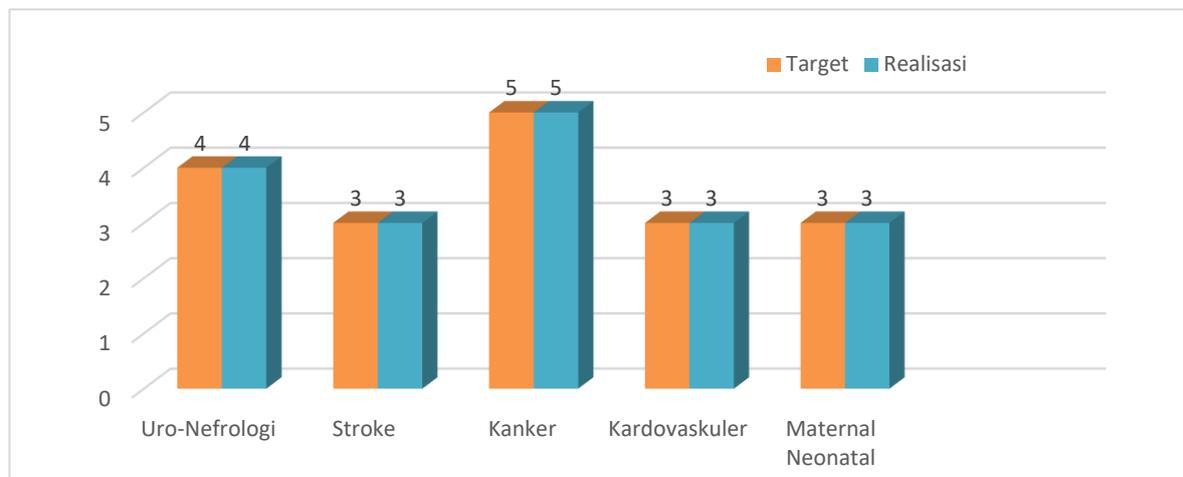
Monitoring dan evaluasi secara berkala

3.2.4 Sasaran Strategis Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4

1. KPI Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Uro-Nefrologi, Stroke, Kanker, Kardiovaskuler, Maternal Neonatal (IKU-RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.11 Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Uro-Nefrologi, Stroke, Kanker, Kardiovaskuler, Maternal Neonatal



b. Analisa Capaian

KPI Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas tercapai 100%. Untuk Uronefrologi (4 RS), Stroke (3 RS), Kanker (5 RS), Kardiovaskuler (3 RS) dan Maternal Neonatal (3 RS) dan ditargetkan 3 rumah sakit untu tiap-tiap layanan prioritas. Keberhasilan kegiatan pengampuan ini didukung oleh adanya perencanaan kegiatan pengampuan dan dukungan dari tim.

Adapun rumah sakit yang diampu adalah sebagai berikut :

Tabel 3.5 Daftar Rumah sakit yang diampu

Uro-Nefrologi (4 RS)	Stroke (3 RS)	Kanker (5 RS)	Kardiovaskuler (3 RS)	Maternal (3 RS)
1. RSUP Ratatotk Buyat 2. RSUD ODSK Prov. SULUT 3. RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon 4. RSUD Dr.M Haulussy Ambon	1. RSUP Ratatotk Buyat 2. RSUD ODSK Prov. SULUT 3. RSUD Amurang	1. RSUP Ratatotk Buyat 2. RSUD ODSK Prov. SULUT 3. RSUD Prof dr. Aloei Saboe 4. RSUP Dr. Johannes Leimena Ambon	1. RSUP Ratatotk Buyat 2. RSUD ODSK Prov. SULUT 3. RSUD Amurang	1. RSUD ODSK Prov. SULUT 2. RSUD Prof dr. Aloei Saboe 3. RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie

c. Analisa Hambatan/Kendala

Pelaksanaan kegiatan pengampuan terkait layanan prioritas ke rumah sakit yang diampu terdapat kendala :

1. Transportasi
2. Kondisi daerah yang akan dilakukan visitasi

d. Rencana Tindak Lanjut

1. Pengampuan dilakukan secara Daring
2. Reschedule Jadwal Visitasi

2. KPI Terselenggaranya Stratifikasi Paripurna di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Tabel 3.6 Layanan stratifikasi Paripurna di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou

Stratifikasi Paripurna Tahun 2023 (I Stratifikasi)	2024
1. Layanan Diabetes Melitus 2. Uronefrologi	3 Stratifikasi

b. Analisis Capaian

KPI Terselenggaranya Stratifikasi Paripurna tercapai 2 stratifikasi dari 1 stratifikasi paripurna yang di targetkan di tahun 2023, dan di tahun 2024 ditargetkan 3 stratifikasi paripurna.

c. Analisa Hambatan/Kendala

Pelaksanaan kegiatan pengampuan terkait layanan prioritas ke rumah sakit yang diampu terdapat kendala :

1. Transportasi
2. Kondisi daerah yang akan dilakukan visitasi

d. Rencana Tindak Lanjut

1. Pengampuan dilakukan secara Daring
2. Reschedule Jadwal Visitasi

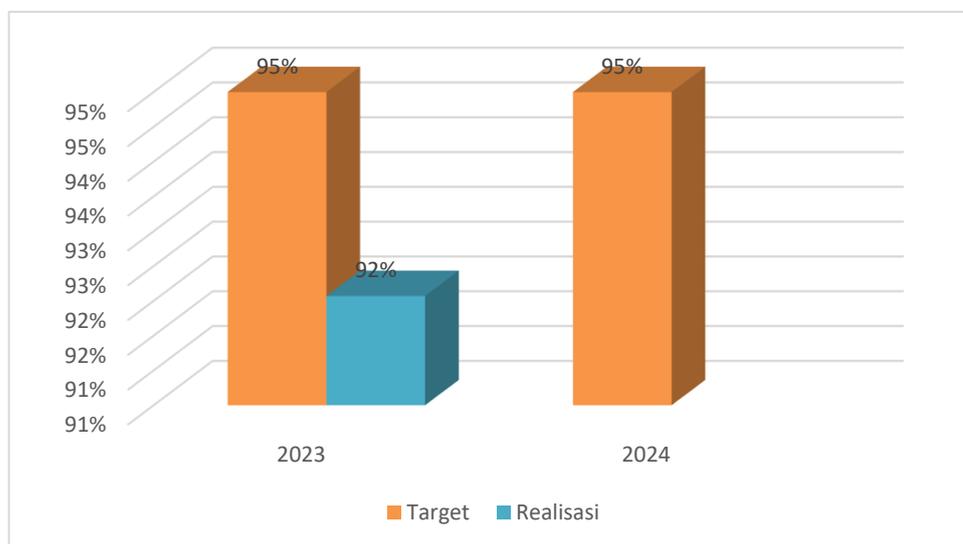
3.2.5 Sasaran Strategis Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan.

1. KPI Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Pemenuhan sarana, prasarana dan alat kesehatan (SPA) harus bersamaan dengan peningkatan tata kelola yang baik untuk mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan yang berkualitas. Adapun capaian KPI ini dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Grafik 3.12 Capaian Presentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat



b. Analisis Capaian

KPI Presentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat Kesehatan di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou tercapai 92.07% dari target 95%, ini merupakan indikator direktif yang di turunkan ke UPT vertikal di tahun 2023.

c. Analisis Hambatan/Kendala

Pemenuhan jumlah usulan kalibrasi masih kurang dikarenakan pada saat kalibrasi berlangsung ditemukan beberapa alkes dalam keadaan rusak dan sebagian terpakai ke pasien.

d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Segera melakukan update data alkes pengadaan terbaru
- 2) Kegiatan kalibrasi akan dilakukan secara bertahap per ruangan

3.2.6 Sasaran Strategis Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik

1. KPI Persentase penurunan jumlah kematian di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

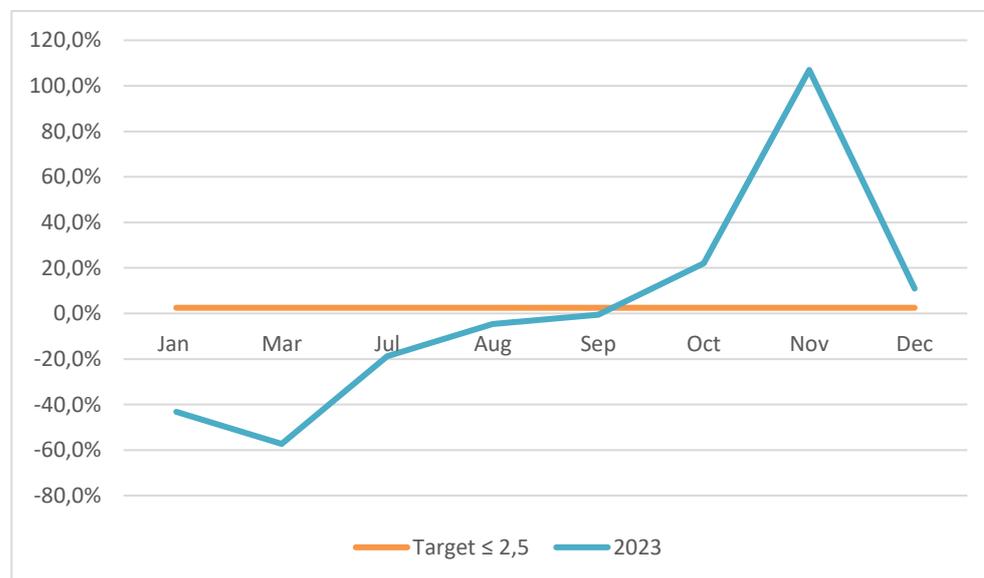
Net death rate (NDR) atau angka kematian bersih menunjukkan proporsi seluruh pasien rawat inap yang meninggal setelah mendapat perawatan lebih dari atau sama dengan 48 jam dalam periode waktu tertentu. Nilai NDR yang di anggap masih dapat ditolerir adalah kurang dari 25 per 1000. Indikator ini memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Dibawah ini adalah gambaran Net Death Rate (NDR) di RSUP Prof Dr. R.D.Kandou :

Tabel 3.7 Persentase penurunan jumlah kematian

Bulan	2022	2023	% Naik/Turun
Jan	68,1	37	-46%
Feb	66,7	40,59	-39%
Mar	96,1	38,64	-60%
Apr	70,8	42,78	-40%
Mei	68	45,8	-33%
Jun	89,6	55,37	-38%
Jul	76,3	60,07	-21%
Aug	55	51,09	-7%
Sep	50	48,44	-3%
Okt	42,98	51,35	19%
Nop	30,73	62,84	104%
Des	55,04	59,67	8%
YTD	769,35	593,64	-23%

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa terjadi penurunan angka kematian. Adapun capaian persentase penurunan jumlah kematian tahun 2023 dapat dilihat pada grafik berikut.

Grafik 3.13 Persentase penurunan jumlah kematian



b. Analisa Capaian

KPI Persentase Penurunan Jumlah Kematian tercapai -23% dari target < 2.5% di tahun 2023 dan hal ini menunjukkan bahwa proses pelayanan di RSUP Prof Dr.D.Kandou berjalan dengan baik.

c. Analisis Hambatan/Kendala

Dalam pelaksanaan kegiatan untuk mencapai hasil yang baik terdapat beberapa kendala dalam KPI ini antara lain :

- 1) Pasien dengan terminal stage atau kondisi yang kompleks
- 2) RSUP Prof Dr.R.D.Kandou sebagai rujukan terakhir

d. Rencana Tindak Lanjut

Sosialisasi kelayakan dan standart dalam merujuk pasien kepada rumah sakit perujuk

3.2.7 Sasaran Strategis Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit

1. KPI Jumlah Layanan Penyakit Prioritas (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Hasil capaian indikator jumlah layanan penyakit prioritas yang harus dicapai di tahun 2023 telah sesuai dengan target yang ditentukan yaitu 1 layanan (STEMI)

b. Analisa Hambatan/Kendala

Kamus indikator audit nasional mutu untuk STEMI (*door to ballooning*) sedikit berbeda dengan kamus indikator registry STEMI yang dikerjakan KSM, pengumpul data mengumpulkan data untuk keduanya.

c. Rencana Tindak Lanjut

Mempertahankan kepatuhan audit penyakit prioritas dan menyiapkan untuk penambahan layanan penyakit prioritas menjadi 2 layanan

3.2.8 Sasaran Strategis Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP

1. KPI Tersedianya pelayanan unggulan VVIP (IKU Direktif)

a. Analisa Capaian

Tersedianya pelayanan Unggulan VVIP yaitu 1 layanan Transplantasi Ginjal

b. Analisa Hambatan/Kendala

- 1) Belum mandiri dalam melakukan transplantasi ginjal, Masih menjadi rumah sakit yang diampu oleh RSCM
- 2) Masih terdapat SDM yang belum terlatih
- 3) Masih perlu dilengkapi sarana dan prasarana baik medis maupun non medis

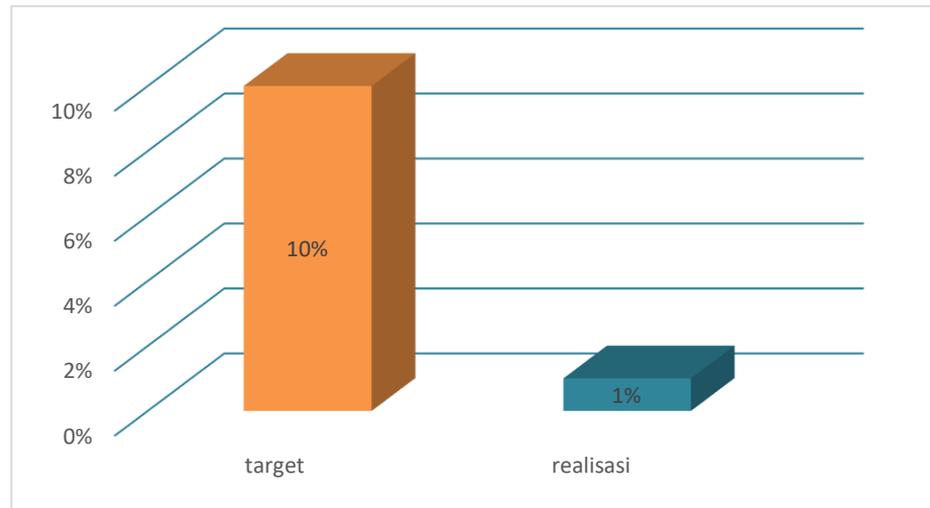
c. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Mengirim SDM yang belum terlatih untuk mengikuti pelatihan terkait transplantasi ginjal
- 2) Pemenuhan sarana dan prasarana baik medis maupun non medis yang menunjang layanan transplantasi ginjal.

2. KPI Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.14 Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP



b. Analisa Capaian

KPI Persentase Peningkatan Kunjungan Pasien di Pelayanan Unggulan VVIP tercapai 1% dari target 10% di tahun 2023, hal ini menunjukkan masih perlu adanya peningkatan proses pelayanan di poliklinik eksekutif dan rawat inap eksekutif.

c. Analisa Hambatan/Kendala

- 1) Ruang perawatan VVIP masih dalam perbaikan
- 2) Belum semua asuransi yang bekerjasama dengan poliklinik eksekutif
- 3) Sosialisasi terkait pelayanan poliklinik eksekutif

d. Rencana Tindak Lanjut

Optimalisasi ruang perawatan VVIP

3.2.9 Sasaran Strategis Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal

1. KPI Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

a. Kondisi yang dicapai

Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional tercapai 1 layanan (kerjasama dengan kyongpook hospital)

b. Analisis Capaian

Proposal kerjasama yang dilakukan dengan Kyungpook hospital harus melalui Kementerian Kesehatan RI dan juga Kementerian Luar Negeri. Di tahun 2022 sudah ada komunikasi terkait bedah vaskuler antara RSUP Prof Dr.R.D.Kandou dengan Kyungpook Hospital Korea Selatan. Dan RSUP Prof Dr.R.D.Kandou telah mengirimkan proposal kerjasama tersebut ke Kyungpook Hospital melalui Kementerian Kesehatan, tetapi sampai saat ini belum ada tanggapan atas progress kerjasama tersebut.

c. Analisis hambatan/kendala

Belum ada tanggapan balik atas kerjasama yang dilakukan dengan Kyungpook hospital

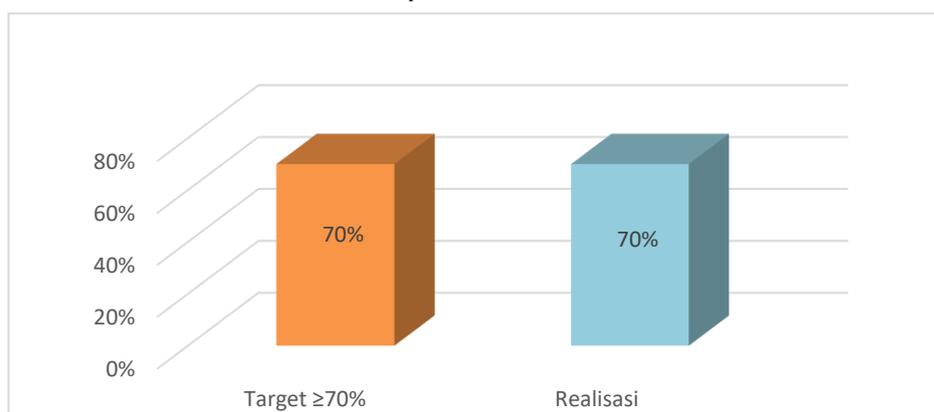
d. Rencana Tindak Lanjut

Akan berkoordinasi kembali dengan Kementerian Kesehatan terkait progress proposal kerjasama yang telah diusulkan.

2. KPI Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.15 Capaian Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar



b. Analisis Capaian

KPI Ketersediaan Fasilitas Parkir Sesuai Standar tercapai 70% dari target \geq 70%, capaian ini ditunjang oleh:

- 1) Tersedianya area parkir di 21 titik parkir di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou
- 2) Penambahan area parkir

c. Analisis hambatan/kendala

Proyeksi area parkir 70% untuk pasien dan 30% untuk pegawai belum maksimal

d. Rencana Tindak Lanjut

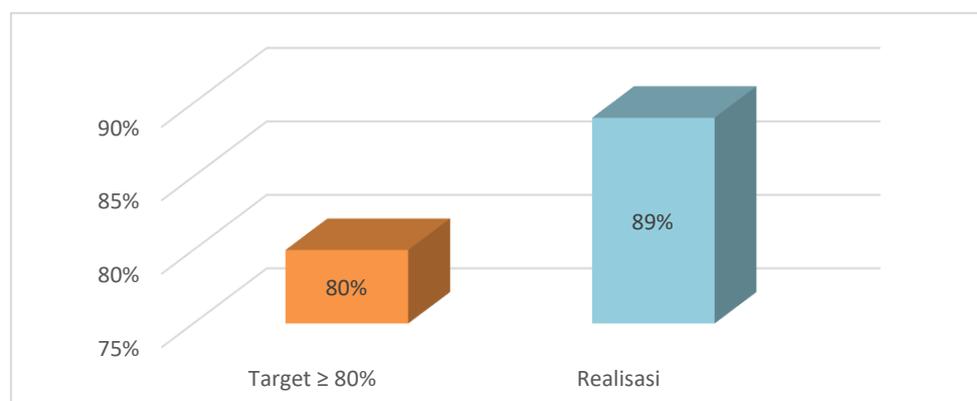
- 1) Monitor dan evaluasi secara berkala
- 2) Sosialisasi kembali kepada residen terkait pengaturan perparkiran sesuai dengan penetapan SK perparkiran untuk residen.
- 3) Menambah area parkir
- 4) Membangun gedung parkir

3. KPI Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan (Indikator Direkif)

a. Kondisi yang dicapai

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou, perlu disusun survey kepuasan sebagai tolok ukur untuk menilai kulaitas pelayanan. Survey kepuasan masyarakat dilakukan secara berkala setiap tahun. Disamping itu data survey kepuasan masyarakat dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.

Grafik 3.16 Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan



Tingkat Kepuasan Pasien (TKP) RSUP Prof Dr.R.D.Kandou ini dapat di gambarkan pada grafik dibawah ini :

b. Analisis Capaian

KPI Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di tahun 2023 tercapai 89% dari target 80%. Adapun nilai unsur pelayanan terendah untuk instalasi gawat darurat sebesar 84% dengan unsur yang dinilai yaitu terkait kecepatan pelayanan, kemampuan petugas pelayanan dan kualitas sarana dan prasarana.

c. Analisis hambatan/kendala

- 1) Kurangnya keseriusan dan objektivitas responden/masyarakat dalam memberikan pendapatnya.
- 2) Kurangnya pemahaman responden tentang pentingnya hasil survei Kepuasan
- 3) Kurangnya kepercayaan responden terhadap upaya perubahan paradigma dan peningkatan pelayanan yang dilakukan oleh aparatur
- 4) Pasien tidak mempunyai *smartphone* dan kuota untuk mengisi survey kepuasan secara online
- 5) Tidak semua ruangan mempunyai koneksi internet yang bagus

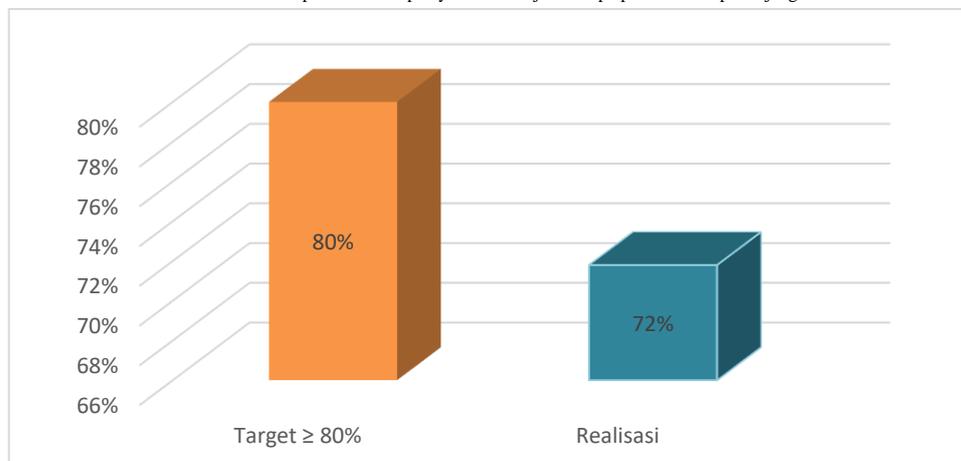
d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Perlu adanya sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya kegiatan survey indeks kepuasan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan untuk mewujudkan pelayanan prima dalam arti memenuhi harapan dan kebutuhan baik bagi pemberi maupun penerima pelayanan.
- 2) Perlunya konsistensi para penyelenggara pelayanan public untuk terus meningkatkan kemampuan, keterampilan, kenyamanan, keamanan dan kelengkapan sarana prasarana pendukung untuk terciptanya pelayanan public yang optimal.
- 3) Memaksimalkan proses integrasi Sistem Informasi Rumah Sakit diseluruh layanan baik rawat jalan maupun rawat inap.

4. KPI Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang (Indikator Direktif)

a. Kondisi Yang dicapai

Grafik 3.17 Capaian Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang



b. Analisis Capaian

KPI Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang tercapai 72% dari target 80%, capaian belum memenuhi target yang ingin dicapai.

c. Analisis hambatan/kendala

- 1) Belum ada fitur khusus dalam perhitungan secara online
- 2) Belum tersosialisasi dengan baik terkait indikator dan targetnya

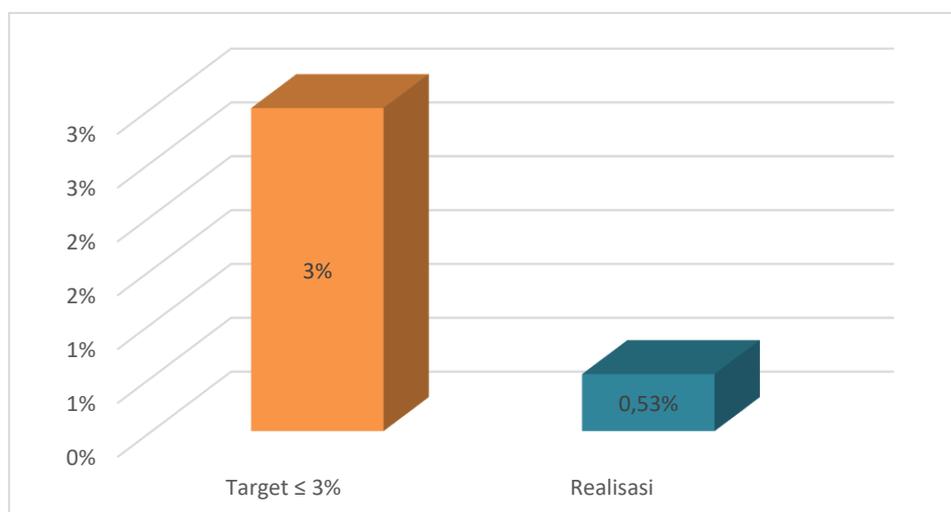
d. Rencana Tindak Lanjut

Melakukan monitoring dan evaluasi berkala

5. KPI Penundaan waktu operasi elektif (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.18 Penundaan waktu operasi elektif



b. Analisis Capaian

KPI Penundaan waktu operasi elektif tercapai 0.53% dari target $\leq 3\%$ hal ini menunjukkan bahwa perencanaan operasi elektif telah berjalan dengan baik, namun dalam pelaksanaannya terjadi penundaan disebabkan oleh hal-hal teknis yang tidak bisa di duga sebelumnya.

c. Analisis hambatan/kendala

Terjadinya penundaan dalam operasi itu disebabkan oleh :

- 1) Fisik pasien
- 2) Pasien yang menolak saat operasi telah terjadwal
- 3) Hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak menunjang
- 4) Ruang ICU penuh

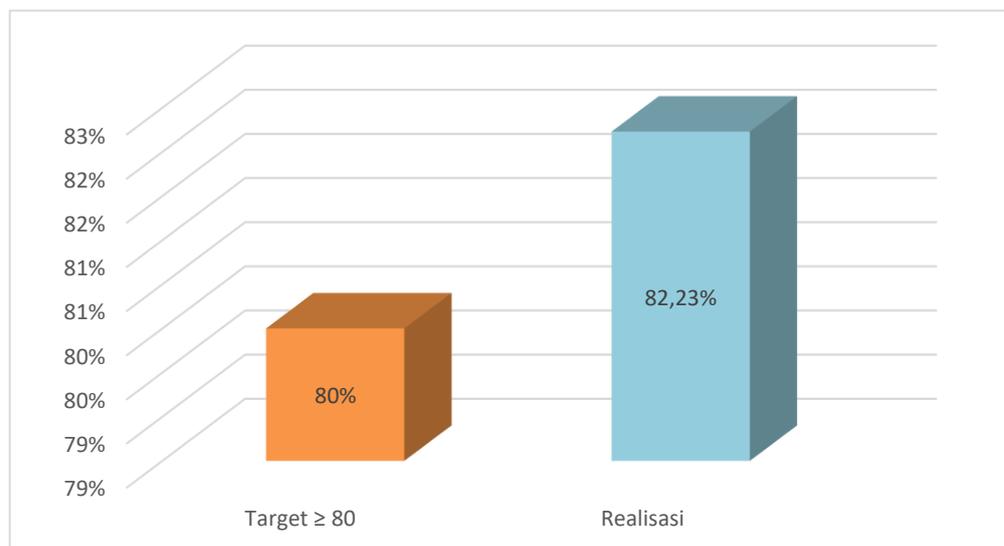
d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Melakukan edukasi ke pasien sebelum melakukan operasi
- 2) Melakukan koordinasi untuk penjadwalan ulang

6. KPI Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.19 Capaian Ketepatan waktu pelayanan di poliklinik



b. Analisis Capaian

Waktu tunggu pasien dalam mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan salah satu hal penting dan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit, sekaligus mencerminkan bagaimana rumah sakit mengelola komponen pelayanan yang disesuaikan dengan situasi dan harapan pasien. Dalam grafik diatas bisa dilihat jika indikator ketepatan waktu pelayanan di poliklinik di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou

tercapai 82.23% dari target 80%, atau telah mencapai target, hal ini dikarenakan sistem pendaftaran online digunakan untuk antrian dalam melakukan pendaftaran diloket serta mempercepat proses pelayanan disetiap poliklinik dan dapat memberikan kemudahan serta kepuasan tersendiri bagi masyarakat.

c. Analisis hambatan/kendala

Salah satu indikator mutu pelayanan di instalasi rawat jalan rumah sakit adalah ketepatan kedatangan dokter sesuai dengan waktu yang telah ditentukan oleh rumah sakit. Waktu tunggu yang lama merupakan salah satu permasalahan yang banyak ditemukan di instalasi rawat jalan. Adapun kendala yang sering terjadi diantaranya adalah:

- 1) Persyaratan administrasi pasien yang tidak lengkap
- 2) Pasien lama yang mengaku sebagai pasien baru
- 3) SIM dan printer eror,
- 4) Pasien baru tidak mengisi formulir pendaftaran
- 5) Dokter datang terlambat
- 6) Dokter sibuk dengan kegiatan operasi pasien lain
- 7) Dokter melakukan kegiatan di 2(dua) rumah sakit atau lebih

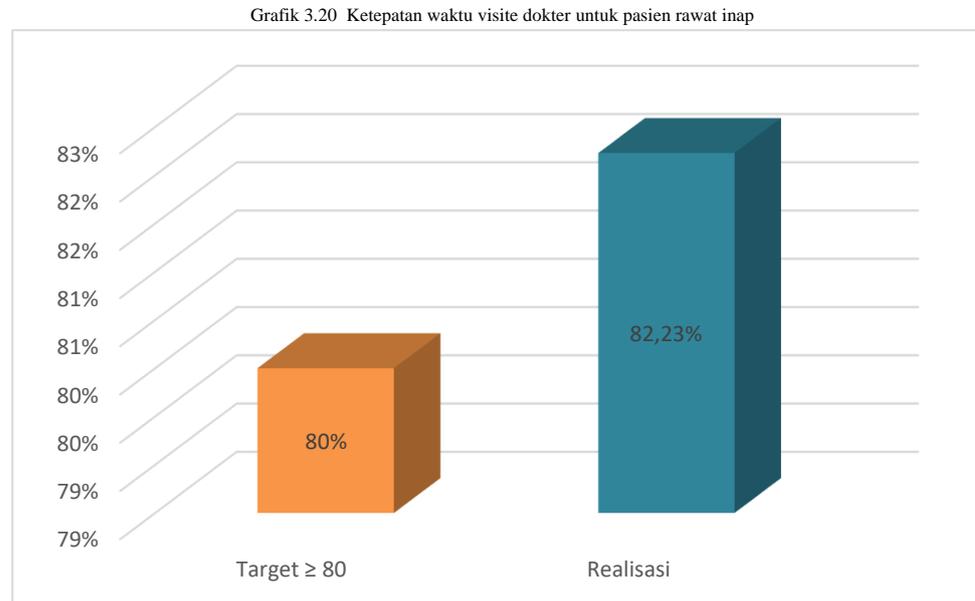
d. Rencana Tindak Lanjut

Untuk memaksimalkan pelayanan di poliklinik dilakukan upaya-upaya antara lain :

- 1) Pendaftaran sistem online dilengkapi jam datang pasien
- 2) Ketika di loket pendafran, dimunculkan nomor antrian sesuai sistem online per poliklinik
- 3) Memaksimalkan bagian administrasi rawat jalan dalam mengecek kelengkapan berkas pasien sebelum dipanggil nomor antrian
- 4) Meminimalisir keterlambatan kedatangan dokter melalui pengaturan jadwal dokter jaga di poliklinik spesialis
- 5) Penanggung jawab poliklinik aktif mengingatkan/menghubungi dokter yang bertugas agar datang tepat waktu

7. KPI Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai



b. Analisis Capaian

Indikator Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis untuk Pasien Rawat Inap bertujuan untuk mendapatkan gambaran kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu memberikan pelayanan medis kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya, dengan standar capaian adalah 80%, di tahun 2023 mencapai 98.08% dari target 80%, yang artinya pencapaian indikator kepatuhan jam visite dokter spesialis di RS Kandou memenuhi standar bahkan dapat dikatakan di atas standar dan sudah terlaksana dengan baik sehingga mencapai dari angka standar yg ditentukan, hal ini disebabkan karena masing-masing dokter memiliki jadwal yang sudah di kondisikan dengan jadwal pemeriksaan. Dengan tercapainya target juga menunjukkan meningkatnya budaya visite dokter di RS Kandou seiring dengan meningkatnya komitmen pelaksanaan *Clinical pathway*. Visite dokter spesialis atau kunjungan dokter spesialis sebagai DPJP dilakukan setiap hari untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya yang dilakukan dibawah jam 12.00 dan monitoring visite dokter spesialis terintegrasi baik dengan Sistem Informasi Rumah Sakit.

c. Analisis hambatan/kendala

Waktu Visite Dokter dapat mengalami revisi atau perubahan jadwal untuk beberapa alasan, seperti kebutuhan mendesak lainnya atau ketersediaan dokter. Ketika terjadi revisi/ perubahan penting bagi pasien dan keluarga untuk mendapatkan informasi terbaru mengenai perubahan Waktu Visite Dokter ini karena dengan mengetahui jadwal kunjungan terbaru, dapat memastikan bahwa pasien dan keluarga tetap mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kondisi kesehatan pasien terlebih pada pasien yang memerlukan penanganan dan perhatian khusus dan berfokus pada kebutuhan pasien.

d. Rencana Tindak Lanjut

Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis merupakan hal penting bagi pasien rawat inap di Rumah Sakit terutama dalam hal kepuasan pasien. Tingkat loyalitas pasien sangat bergantung pada kepuasan pasien selama mereka di rawat inap. Cara agar Ketepatan Waktu Visite Dokter Spesialis ini tetap maksimal yaitu dengan :

- 1) Mempertahankan sistem koordinasi antara unit rawat inap , rawat jalan dengan DPJP yang harus melakukan visite
- 2) Mempertahankan metode jadwal kegiatan dokter yang dikondisikan dengan kegiatan sesuai prioritas
- 3) Rutin dalam monitoring dan evaluasi pelaksanaan *clinical pathway*
- 4) Melakukan sosialisasi tentang ketentuan jam visite kepada para DPJP dan Edaran di setiap KSM
- 5) Supervisi jam visite dokter spesialis oleh komite medik

8. KPI Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

RSUP Prof Dr R.D Kandou Manado terus melakukan terobosan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Terobosan kali ini yakni operasi transplantasi ginjal yang pertama di RSUP Kandou bahkan Indonesia Timur. Keberhasilan ini, tidak terlepas dari program pengampunan layanan uro-nefro yang tengah digencarkan oleh Kementerian Kesehatan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan

baik pusat maupun daerah. Operasi berlangsung di gedung CVBC RSUP Kandou. Pelaksanaan operasi turut didampingi tim medis dari RSCM Jakarta sebagai rumah sakit pengampuh Nasional.

b. Analisis Capaian

RSUP Prof. Dr. dr. R.D. Kandou Manado menjadi Rumah Sakit pertama di Indonesia Timur yang bisa melakukan operasi tranplantasi ginjal, sehingga pasien tak perlu jauh-jauh ke Jakarta untuk tranplantasi ginjal. Meski merupakan yang pertama dilakukan di RSUP Kandou, transplanti ginjal ini bisa berhasil ini ditandai dengan keadaan pasien pasca operasi.

c. Analisis hambatan/kendala

Operasi transplanti ginjal sebenarnya telah direncanakan sebelum pandemi Covid-19 namun karena layanan Kesehatan saat itu terfokus pada penanganan COVID-19 maka Tindakan ini baru bisa terlaksana pada awal tahun 2023.

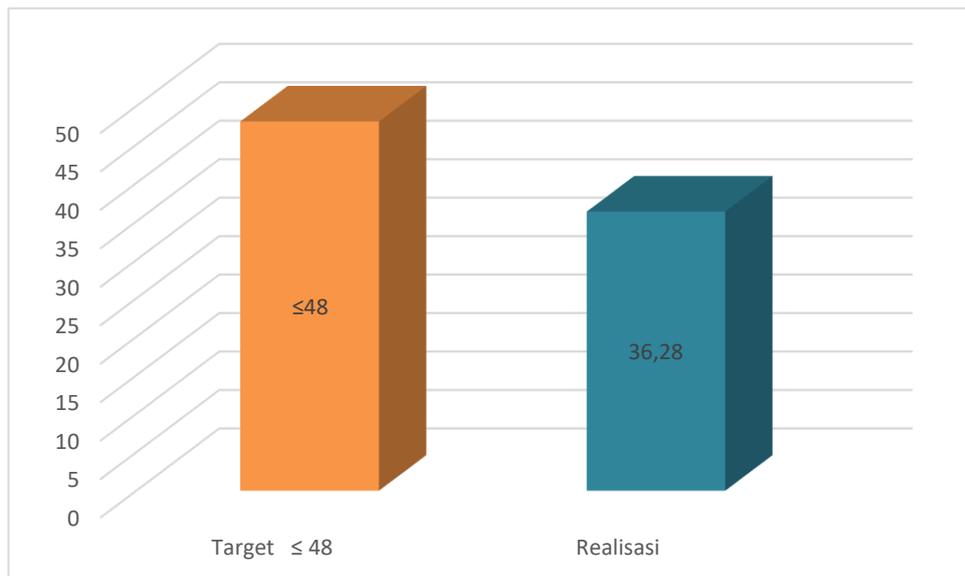
d. Rencana Tindak Lanjut

Pengampuan layanan uro-nefro sangat penting karena penderita penyakit ginjal di Indonesia terus meningkat, kemampuan melakukan transplanti ginjal, harus bisa dilakukan oleh rumah sakit yang sudah mencapai tingkat paripurna dan RSUP Kandou Manado menjadi rumah sakit pertama di wilayah timur Indonesia yang mampu melakukan transplanti ginjal dan ini menjadi langkah awal untuk meningkatkan pelayanan kesehatan di RSUP Kandou, tak hanya itu diharapkan RS Kandou bisa meningkatkan layanan Kesehatan pada bidang lain seperti jantung, kanker, stroke dan layanan prioritas lainnya.

9. KPI Waktu Tunggu Operasi Elektif (Indikator RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.21 Waktu Tunggu Operasi Elektif



b. Analisa Capaian Kendala/hambatan/keberhasilan

Waktu tunggu pasien sebelum operasi elektif merupakan indikator kualitas penting dari layanan perawatan kesehatan. Sehingga, pelayanan pada pasien yang akan menjalani operasi elektif penting untuk diperhatikan. KPI Waktu tunggu operasi elektif (WTOE) di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou tercapai 36 jam dari target ≤ 48 jam

c. Analisa Kendala/hambatan/keberhasilan

- 1) Terlaksananya kegiatan supervise manajerial
- 2) Adanya kajian dan usulan ketenagaan, sarana dan prasarana
- 3) Terlaksananya rapat penetapan jadwal operasi/rapat perioperatif setiap minggu

d. Tindak lanjut

Melakukan monitoring dan evaluasi berkala

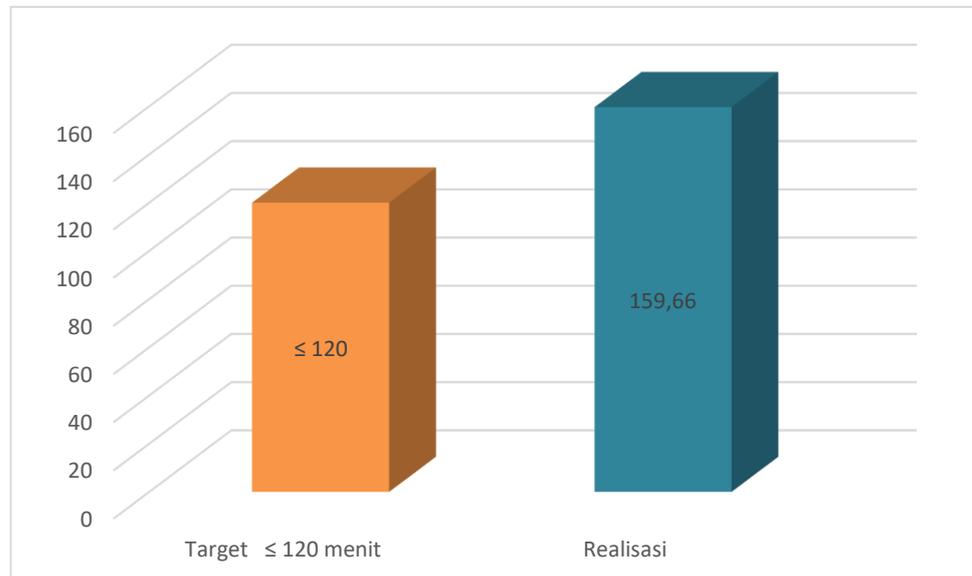
e. Rekomendasi

Tetap mempertahankan mutu dan kualitas pelayanan

10. KPI *Emergency Respon Time 2* (Indikator RSB)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.22 Emergency Respon Time 2



b. Analisis Capaian

Emergency Respond Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi CITO sejak diputuskan operasi oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang sudah dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (from decision to incision), dan KPI *Emergency respon time 2* di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou tercapai 159.6 menit dari target ≤ 120 menit, belum memenuhi target masih perlu pembenahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di IGD.

c. Analisa Kendala/hambatan

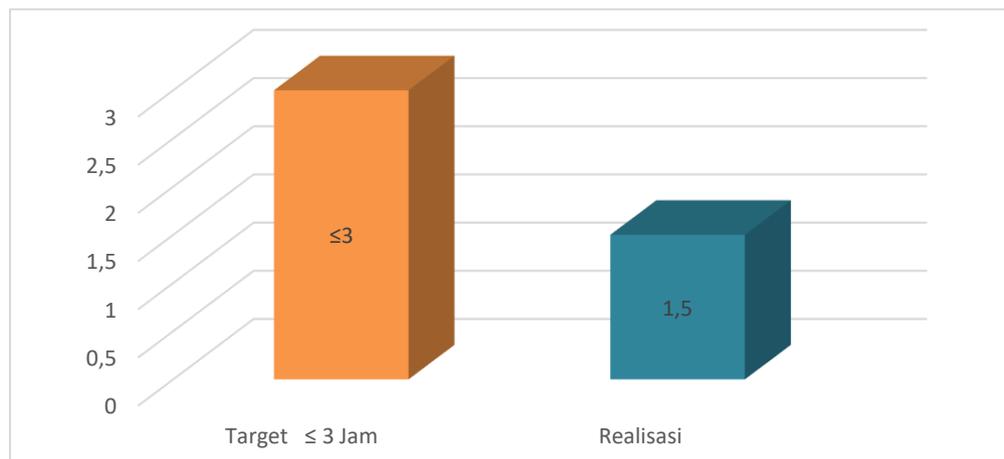
- 1) Utilisasi ruang OK bukan hanya untuk operasi cito saja tetapi juga untuk operasi elektif dan urgent
- 2) Kasus Urgent dan cito dikerjakan pada ruang OK yang sama, padahal jumlah operasi urgent cukup banyak sehingga menyita sarana dan prasarana di OK Cito.
- 3) Inkonsistensi DPJP dalam menetapkan kriteria cito
- 4) Masih memerlukan kajian kembali dari DPJP anastesi sewaktu pasien sudah di OK (aspek Medicolegal)
- 5) Jumlah set instrument bedah untuk tindakan tertentu hanya 1 set, sehingga tidak memungkinkan dilakukan simultan atau berkesinambungan.

- 6) Ketersediaan ruang rawat lanjutan setelah operasi terutama ICU dan PICU sangat terbatas dan operasi menjadi tertunda sehingga waktu tunggu operasi menjadi Panjang.
 - a. Langkah strategis perbaikan
 - 1) Menambah SDM, Sarana dan Prasarana
 - 2) Resosialisasi kepada DPJP untuk lebih konsisten dalam menetapkan kriteria cito dan non cito
 - 3) Melakukan revisi SOP *Emergency Respon Time* (ERT)
 - b. Rekomendasi
 - 1) Meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan

11. KPI Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Foto Thorax Elektif ≤ 3 Jam

- a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.21 Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Foto Thorax Elektif ≤ 3 Jam



- b. Analisa Capaian

KPI Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Foto Thorax Elektif ≤ 3 Jam tercapai 1.5 jam dari target waktu ≤ 3 jam adapun keberhasilan capaian ini ditunjang oleh:

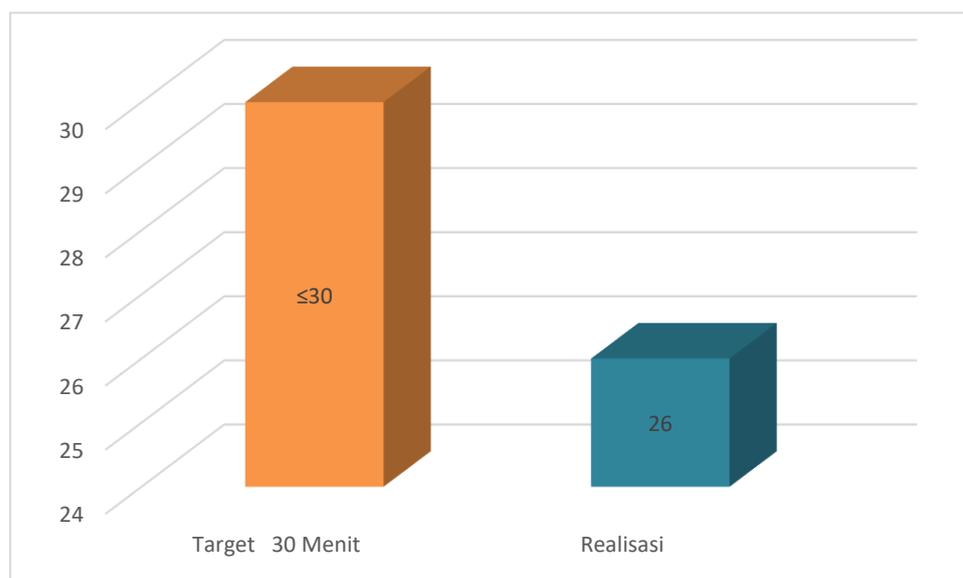
- 1) Optimalisasi PACS
 - 2) DPJP Radiologi on site di IGD
- c. Rencana Tindak Lanjut
 - 1) Mempertahankan pencapaian target indikator
 - 2) Mempertahankan kepatuhan pelaksanaan prosedur pelayanan radiologi sesuai SPO yang ditetapkan di rumah sakit

- 3) Melakukan monitoring dan evaluasi terkait proses pemeriksaan foto thorax elektif di rumah sakit, mulai dari pendaftaran, antrian, pengambilan foto, hingga proses interpretasi hasil
- 4) Mengoptimalkan kapasitas dan ketersediaan alat
- 5) Mengoptimalkan ketersediaan ruang tunggu

12. KPI Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit (Indikator Direktif)

a. Kondisi Capaian

Grafik 3.24 Waktu Tanggap operasi sectio cesarea Darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit



Indikator Waktu Tanggap Seksio Sesarea Darurat dalam waktu ≤ 30 menit adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit, Indikator ini diukur untuk mengetahui jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergency kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea emergency < 30 menit. Berdasarkan grafik diatas terlihat bahwa pencapaian indikator waktu tanggap SC emergency pada tahun 2023 menurun.

b. Analisis Capaian

Berdasarkan rekapan data indikator Waktu Tanggap Seksio Sesarea Darurat dalam waktu ≤ 30 menit di RS Kandou pada tahun 2023 terealisasi 38 menit atau lebih 8 menit dari standar target yang ditetapkan.

c. Analisis hambatan

Berdasarkan hasil tracer langsung dan rekapan data adapun faktor kendala yang didapat adalah :

- 1) Adanya antrean operasi sehingga ruangan operasi terpakai untuk pasien yang dilakukan operasi CITO
- 2) Komplexitas kasus/kondisi pasien dimana ada beberapa kondisi pasien yang membutuhkan penanganan khusus sebelum operasi
- 3) Menunggu persetujuan keluarga pasien untuk dilakukan tindakan terhadap pasien tersebut.

d. Rencana Tindak Lanjut

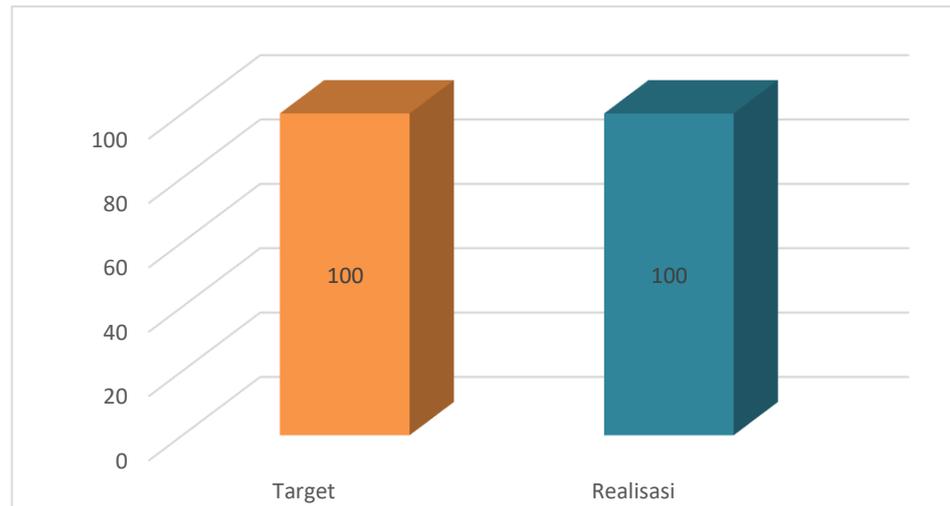
Menindaklanjuti masalah ini, maka perlu dilakukan evaluasi penyebab tidak tercapainya target Waktu Tanggap Operasi Seksio Searia Emergency tersebut untuk perbaikan pencapaian indikator mutu berikutnya.

- 1) Usulan penempatan dokter di area *skrining triage*
- 2) Melakukan evaluasi jadwal jaga dokter terkait waktu dan jumlah kunjungan pasien yang meningkat
- 3) Mengaktifkan penanggung jawab shift untuk mengatur alur pasien masuk sehingga tindakan dapat dilakukan sesuai dengan jam kedatangan dan tingkat kegawatan
- 4) Sosialisasi yang terus menerus tentu sangat berpengaruh terhadap pengisian check list pemantauan waktu tunggu pelayanan gawat darurat. Tentunya upaya upaya perbaikan dilakukan secara terus menerus sehingga pada bulan berikutnya angka pelaporan tidak menurun.
- 5) Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi emergency respon time secara berkala.

13. KPI Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.25 Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi



b. Analisis Capaian

KPI Implementasi Rekam Medis Elektronik di RSUP telah tercapai 100% atau sudah mencapai target yang ditetapkan, hal ini karena implementasi RME tidak hanya menjadi langkah progresif menuju perawatan pasien yang lebih baik, tetapi juga berperan sebagai fondasi untuk transformasi digital yang lebih luas dalam industri kesehatan. Implementasi RME terintegrasi pada 6 layanan di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou memegang peranan krusial dalam memberikan perawatan yang berkualitas, hal ini akan membantu proses pengolahan data secara internal serta menghasilkan informasi yang cepat dan akurat sesuai kebutuhan pelayanan. RME terintegrasi memungkinkan pembacaan nomor induk kependudukan INIK) dan kartu BPJS pasien yang akan memudahkan tenaga medis melakukan validasi status peserta BPJS dan juga memungkinkan dokter melakukan pengecekan terhadap ketersediaan obatdibagian farmasi, hasil pengecekan laboratorium atau radiologi, ketersediaan kantong darah di unit bank darah, hingga informasi biaya berobat.

c. Analisis hambatan/kendala

Implementasi RME Terintegrasi di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou di tahun 2023 sudah mencapai target namun jika ditemukan adanya faktor penghambat atau kendala maka akan segera dilakukan Analisa atau kajian serta langkah-langkah perbaikan dengan cara peningkatan keamanan dan kualitas data dengan mengurangi resiko kesalahan pencatatan dan memastikan pembaruan data *real time*

d. Rencana Tindak Lanjut

Melakukan evaluasi terkait kepuasan pengguna, mengidentifikasi area perbaikan dan perencanaan pengembangan fitur lanjutan

3.2.10 Sasaran Strategis Terselenggaranya Layanan Prioritas di Rumah Sakit Pendidikan

1. KPI Jumlah Layanan Penyakit Prioritas Minimal Strata Utama (IKU Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Jumlah Layanan Penyakit Prioritas Minimal Strata Utama Tercapai 1 layanan

b. Analisis Capaian

- 1) Inovasi dalam pengembangan layanan
- 2) Dukungan Manajemen

3.2.11 Sasaran Strategis Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan

1. KPI Kepatuhan Kebersihan Tangan (IKU-RSB)

a. Kondisi yang di capai

Grafik 3.26 Kepatuhan Kebersihan Tangan



b. Analisis Capaian

KPI Kepatuhan Kebersihan Tangan tercapai 89% dari target 90%. Hal ini menunjukkan bahwa belum semua SDM patuh dan mempunyai komitmen dalam pelaksanaan SOP yang ada.

c. Analisis Hambatan/Kendala

- 1) Keterbatasan akses atau fasilitas cuci tangan
- 2) Beban kerja yang berlebihan dikarenakan jumlah pasien lebih banyak dari jumlah tenaga kesehatan
- 3) Belum seragamnya pemahaman SDM akan pentingnya kebersihan tangan

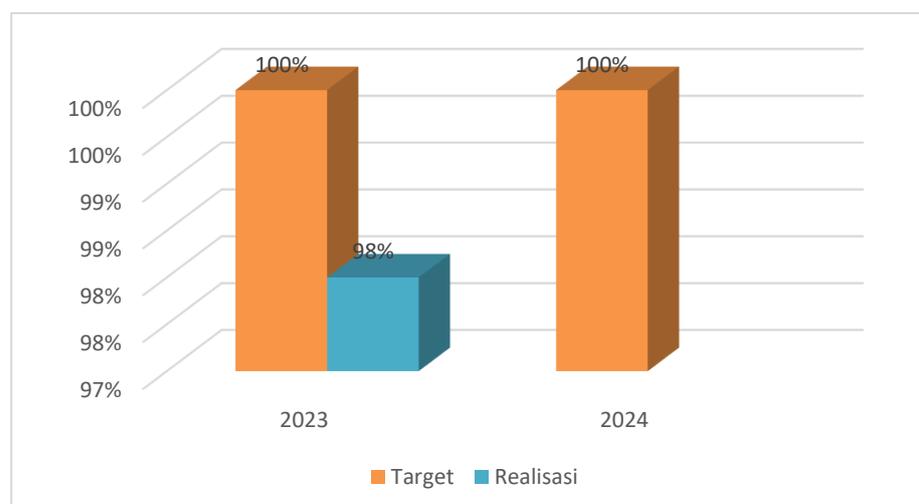
d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Melakukan sosialisasi kembali tentang kepatuhan kebersihan tangan kepada SDM
- 2) Melakukan monitoring sarana dan prasarana untuk kebersihan tangan
- 3) Memperbanyak brosur, poster terkait kebersihan tangan
- 4) Supervisi kebersihan tangan oleh masing-masing kepala ruangan kepada stafnya sehingga budaya kebersihan tangan bisa dilaksanakan secara optimal.

2. KPI Kepatuhan Penggunaan APD (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.27 Kepatuhan Penggunaan APD



b. Analisa Capaian

KPI Kepatuhan penggunaan APD tercapai 98% dari target 100% dan masih terdapat 2% yang belum patuh. Capaian ini di tunjang oleh Kesadaran petugas untuk melakukan APD yang sesuai saat memberikan pelayanan pada pasien sudah baik, serta adanya dukungan manajemen dalam pengadaan APD sesuai kebutuhan, monitoring dan evaluasi oleh Tim PPI yang dilaksanakan secara berkala, dan melakukan supervisi rutin dari kepala ruangan sehingga budaya menggunakan APD sesuai regulasi bisa dilaksanakan secara optimal.

c. Analisa Hambatan/Kendala

Belum seragamnya kedisiplinan SDM dalam penggunaan APD sesuai level.

d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Sosialisasi dalam penggunaan APD yang sesuai level pada semua SDM
- 2) Melakukan monitoring stok APD di gudang penyimpanan
- 3) Supervisi kepatuhan APD sesuai level

3. KPI Kepatuhan Identifikasi Pasien (Indikator Direktif)

b. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.28 Kepatuhan Penggunaan APD



c. Analisa Capaian

KPI Kepatuhan identifikasi pasien tercapai 100%, capaian ini di tunjang oleh Kesadaran SDM akan pentingnya melakukan identifikasi semakin meningkat, dukungan manajemen pemenuhan ketersediaan kebutuhan gelang identitas dan label identitas di area pelayanan, serta supervisi rutin Komite Mutu dan Kepala Ruangan yang berkaitan dengan identifikasi pasien

d. Analisis hambatan/kendala

Terlaksananya kegiatan-kegiatan dalam menunjang KPI ini terdapat juga kendala dalam ketersediaan gelang dan label identitas sehingga diperlukan monitoring dan evaluasi untuk memastikan ketersediaan gelang dan label identitas pasien.

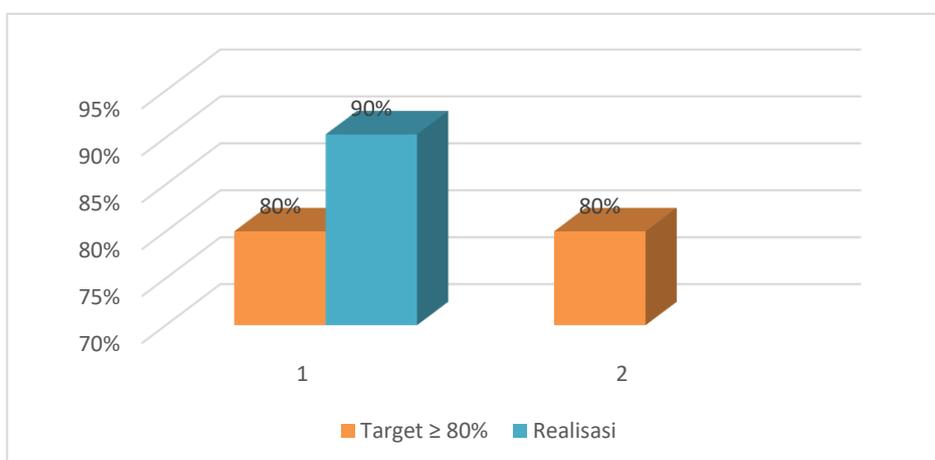
e. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Monitoring ketersediaan stok gelang dan label identitas di gudang penyimpanan
- 2) Supervisi rutin dari kepala ruangan
- 3) Koordinasi ke bagian pengadaan dan rekam medis terkait gelang dan label identitas

4. KPI Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea emergensi (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.29 Kepatuhan Penggunaan APD



b. Analisis Capaian

KPI Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi tercapai 90.17% dari target $\geq 80\%$. Adapun faktor keberhasilan capaian ini didukung oleh adanya :

- 1) Struktur organisasi tim PONEK
- 2) Sosialisasi dan monitoring evaluasi capaian
- 3) Adanya koordinasi terkait pasien yang menjadi kriteria section emergency

c. Analisis hambatan/kendala

- 1) Variasi kasus
- 2) Antrian Operasi
- 3) Kompleksitas kasus pasien

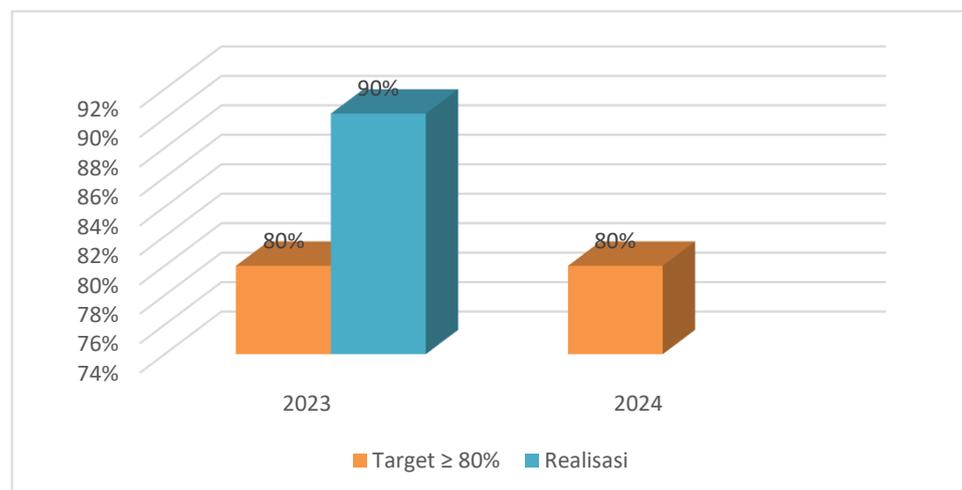
d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Monitoring dan evaluasi berkala
- 2) Perbaikan ruangan operasi yang rusak

5. KPI Waktu Tunggu Rawat Jalan (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.30 Waktu Tunggu Rawat Jalan



b. Analisis Capaian

KPI Waktu Tunggu Rawat Jalan (WTRJ) tercapai 90% dari target $\geq 80\%$. Adapun faktor keberhasilan capaian ini di dukung oleh adanya :

- 1) Sistem pendaftaran online
- 2) Elektronik rekam medik

- 3) Penerapan jam pelayanan
- c. Analisis hambatan/kendala
 - Sering terjadi gangguan jaringan dalam sistem pendaftaran online
- d. Rencana Tindak Lanjut
 - 1) Melakukan koordinasi dengan bagian SIMRS terkait gangguan dalam pendaftaran online maupun elektronik rekam medik
 - 2) Absensi finger print DPJP disetiap poli

6. KPI Pelaporan hasil Kritis Laboratorium (Indikator Direktif)

- a. Kondisi yang dicapai
- b. Analisis Capaian

Grafik 3.31 Pelaporan hasil Kritis Laboratorium



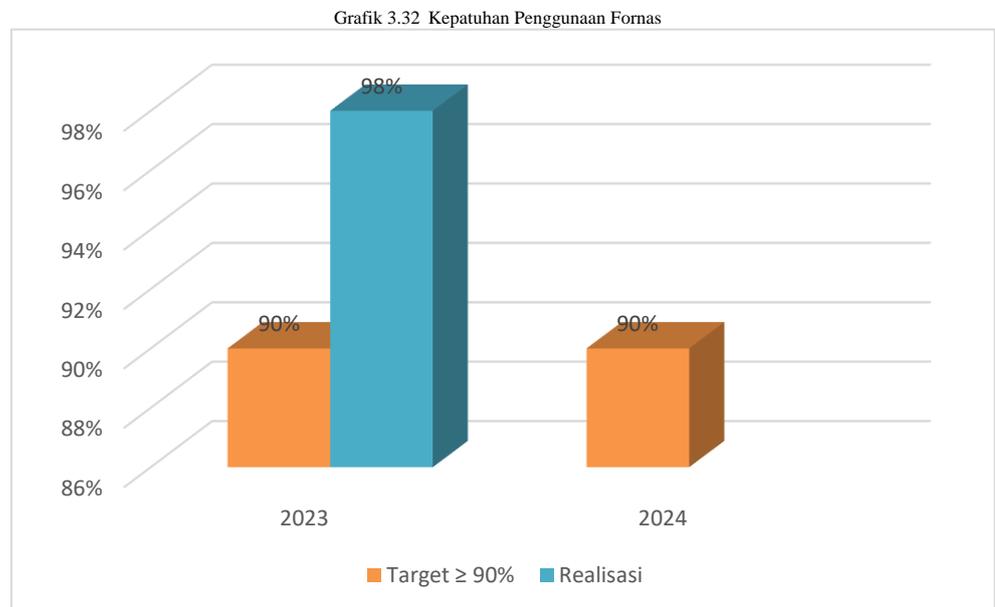
Kesadaran SDM akan pentingnya ketepatan waktu penyampaian nilai kritis kepada tenaga medis semakin meningkat, regulasi penyampaian nilai kritis yang sudah dijalankan dengan optimal dan dukungan saran dan prasarana terkait penyampaian hasil nilai kritis tenaga medis di unit pelayanan terkait, sehingga KPI ini tercapai 100%.

- c. Analisis hambatan/kendala
 - Pemahaman terkait hasil laboratorium yang masuk dalam nilai kritis serta prosedur penyampaian nilai kritis yang masih kurang.
- d. Rencana Tindak Lanjut
 - 1) Terganggunya sarana komunikasi dalam penyampaian nilai kritis
 - 2) Sosialisasi kembali pentingnya waktu penyampaian nilai kritis ke setiap ruang rawat dan prosedur penyampaian nilai kritis

7. KPI Kepatuhan Penggunaan Fornas (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Formularium Nasional (Fornas) merupakan daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Dengan demikian diharapkan RSUP Prof Dr.R.D.Kandou dapat mengimplementasikan penggunaan obat sesuai Fornas, dengan demikian pelayanan kesehatan dapat optimal melalui penggunaan obat rasional dan pasien akan mendapatkan obat terpilih yang tepat, berkhasiat, bermutu, aman, terjangkau dan *cost-effective*. Adapun capaian kepatuhan penggunaan fornas di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou adalah sebagai berikut:



b. Analisis Capaian

KPI Kepatuhan penggunaan fornas tercapai 98% dari target $\geq 90\%$, capaian ini menunjukkan bahwa RSUP Prof Dr.R.D.Kandou telah patuh dalam penggunaan obat sesuai fornas.

c. Analisis hambatan/kendala

Dalam pelaksanaan kegiatan kepatuhan terhadap penggunaan fornas ditemui berbagai hambatan antara lain :

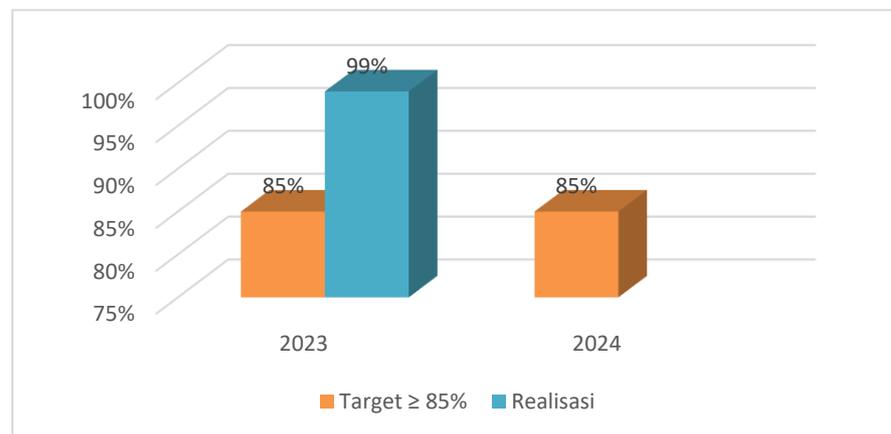
- 1) Dokter menulis resep bermerek (seperti suplemen) diluar formularium nasional

- 2) Pasien membutuhkan obat yang tidak masuk dalam formularium nasional.
- d. Rencana Tindak Lanjut
- 1) Meningkatkan monitoring dan evaluasi penulisan resep formularium nasional oleh dokter, dengan melakukan konfirmasi kepada dokter yang menulis obat diluar formularium nasional
 - 2) Melakukan koordinasi dengan ketua KSM untuk memasukan PPK bagian pasien yang membutuhkan obat diluar fornas untuk dilakukan pengkajian sebagai dasar permohonan untuk dimasukan dalam daftar obat fornas.

8. KPI Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.33 Kepatuhan Terhadap Alur Klinis



b. Analisis Capaian

KPI Kepatuhan terhadap alur klinis (Clinical Pathway) tercapai 99% dari target \geq 85%. Capaian ini ditunjang oleh kesadaran DPJP akan pentingnya pelayanan mengikuti alur Clinical Pathway dalam memastikan efisiensi pemberian pelayanan kepada pasien serta supervisi rutin dari MPP dan Kepala Ruangan.

c. Analisis hambatan/kendala

masih ada petugas yang belum disiplin dalam mengisi clinical pathway

9. KPI Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.34 Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh



b. Analisis Capaian

KPI Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh tercapai 100%, capaian ini di tunjang oleh:

- 1) Kepatuhan SDM dalam menjalankan regulasi terkait pencegahan pasien jatuh
- 2) Dukungan manajemen dalam pemenuhan sarana dan prasarana terkait pasien jatuh
- 3) Supervisi rutin oleh Komite mutu dan kepala ruangan

c. Analisis hambatan/kendala

- 1) Sarana dan prasarana terkait pasien jatuh yang belum mendapatkan perbaikan/maintenance
- 2) Keterbatasan ketersediaan penanda risiko jatuh

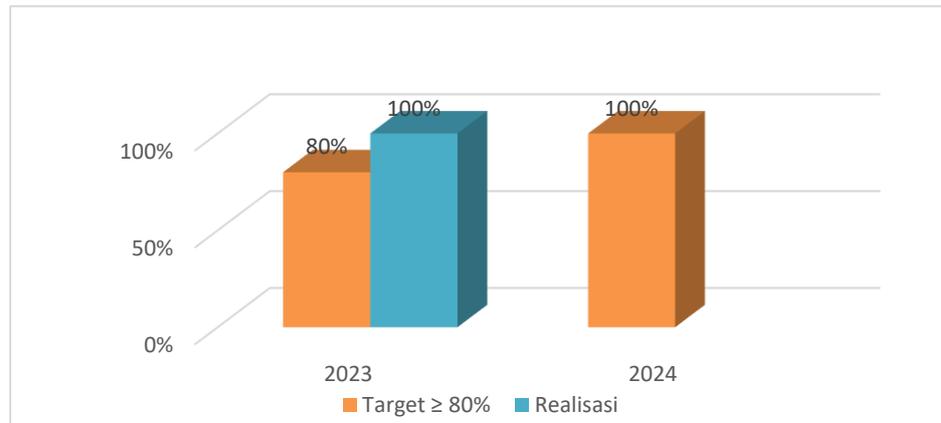
d. Rencana Tindak Lanjut

Melakukan koordinasi dengan bagian pengadaan terkait penanda risiko jatuh.

10. KPI Kecepatan Waktu Tanggap Komplain (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.35 Kecepatan Waktu Tanggap Komplain



b. Analisis Capaian

RSUP Prof Dr.R.D.Kandou dituntut untuk memberikan pelayanan yang berkualitas dan meningkatkan mutu pelayanan. Upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan juga terjadi dalam mengelola penanganan komplain terkait masalah pelayanan. Berdasarkan data KPI Waktu tanggap Komplain ini tercapai 100% dari target 80%, dari capaian ini dapat dilihat keluhan/complain dapat ditangani dengan baik. RSUP Prof Dr. R.D.Kandou memberikan kesempatan bagi pasien dan keluarga pasien untuk melakukan komplain secara langsung maupun tidak langsung atas kualitas pelayanan yang diberikan. Secara langsung biasanya pada saat jam kerja kepada petugas yang ada maupun secara tidak langsung melalui lembar kuisisioner, dan semua komplain yang masuk selalu ditangani dan dijadikan bahan evaluasi untuk perbaikan kualitas layanan.

c. Analisis hambatan/kendala

Terdapat beberapa Pasien tidak memiliki perangkat yang memadai untuk melakukan pengisian formulir pengaduan secara online melalui google form

d. Rencana Tindak lanjut

- 1) Membuat strategi penangan komplain
- 2) Melakukan evaluasi penangan komplain secara berkala

11. KPI Laporan Dan Pencapaian Bulanan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Target Kejadian Sentinel Nol (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

KPI Laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol tercapai 12 laporan ditahun 2023

b. Analisis Capaian

Tercapainya laporan dan pencapaian bulanan insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol di tunjang oleh:

- 1) Kedisiplinan staf dalam memberikan pelayanan sesuai regulasi yang berfokus pada keselamatan pasien
- 2) Supervisi rutin selalu dilakukan

c. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Sosialisasi kepada seluruh staf tentang regulasi-regulasi yang berfokus pada keselamatan pasien

3.2.12 Sasaran Strategis Meningkatnya Kemampuan Surveilans Berbasis Laboratorium

1. KPI Terselenggaranya Integrasi Sistem Informasi Surveilans Berbasis Digital

a. Kondisi yang dicapai

Tercapai 1 sistem yang terintegrasi.

b. Analisis Capaian

Terdapat integrasi sistem informasi data surveilans antar unit pelayanan dan Laboratorium di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou dengan pelaporan yang sudah terintegrasi antar rumah sakit.

c. Analisis hambatan/kendala

Belum terdapat SDM dengan Jabatan Fungsional Epidemiolog Kesehatan

d. Rencana Tindak Lanjut

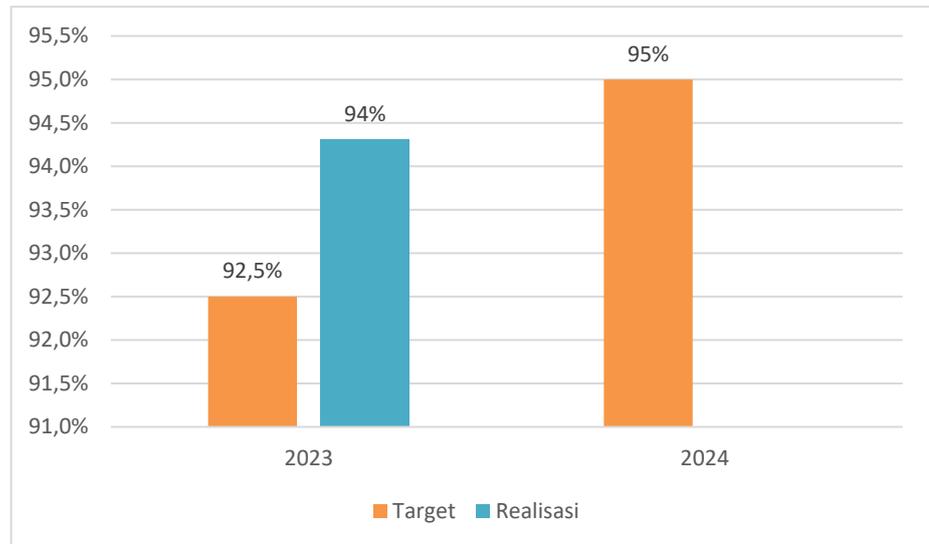
- 1) Merekrut dan/ atau menyiapkan SDM dengan Jabatan Fungsional Epidemiolog Kesehatan
- 2) Mengembangkan sistem informasi surveilans di eksternal rumah sakit

3.2.13 Sasaran Strategis Meningkatnya Koordinasi Pelaksanaan Tugas, Pembinaan dan Pemberian Dukungan Manajemen Kementerian Kesehatan

1. KPI Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.36 Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah ditindaklanjuti



b. KPI Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah ditindaklanjuti tercapai 94.31% dari target 92.5%. Capaian ini ditunjang oleh penyelesaian tindak lanjut rekomendasi hasil pemeriksaan BPK RI yang didukung oleh dokumen dan pengembalian setoran kerugian negara berdasarkan rekomendasi tertulis dari BPK RI.

c. Analisis hambatan/kendala

1. Terdapat beberapa dokumen fisik tindak lanjut rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang susah dicari
2. Pengembalian setoran kerugian negara sesuai rekomendasi hasil pemeriksaan BPK lambat

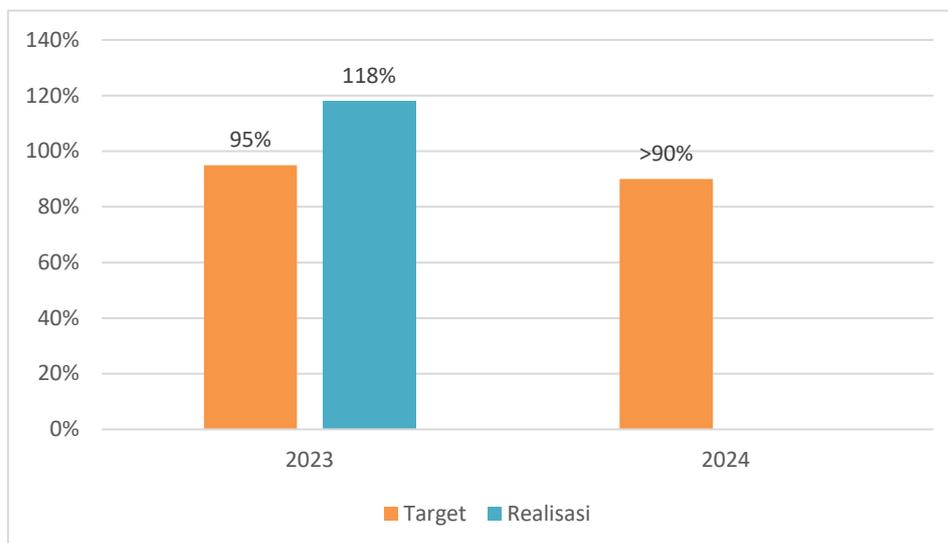
d. Rencana tindak lanjut

- 1) Menyelesaikan tindak lanjut sesuai rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang tersisa
- 2) Melakukan monitoring dan evaluasi progres tindak lanjut secara berkala

2. KPI Persentase Realisasi Target pendapatan BLU (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.37 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU (Indikator Direktif)



b. Analisis Capaian

Target Pendapatan RSUP Prof Dr.R.D.Kandou sebesar Rp. 507.000.000.000 dan terealisasi sebesar Rp. 599.501.241.413 sehingga capaian KPI persentase realisasi target pendapatan tercapai 118%. Capaian tersebut dikarenakan adanya :

- 1) Peningkatan kualitas klaim pasien BPJS
- 2) Peningkatan Kunjungan pasien rawat jalan/inap untuk pasien BPJS

c. Analisis hambatan/kendala

- 1) Belum optimalnya tagihan IKS karena kurangnya SDM yang menangani
- 2) Sarana dan prasarana ruang perawatan belum memadai

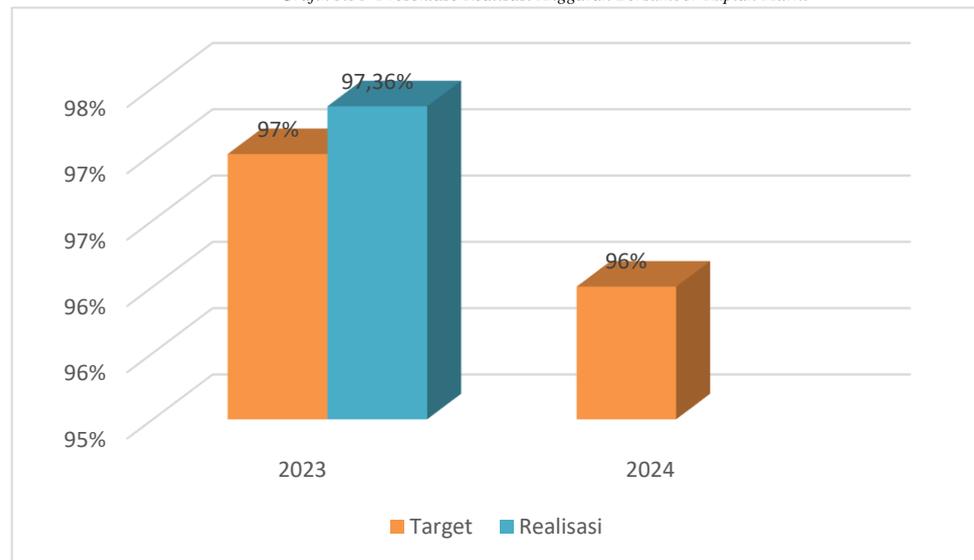
d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Menambah SDM yang menangani tagihan IKS
- 2) Melakukan renovasi sarana dan prasarana rumah sakit

3. KPI Presentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai :

Grafik 3.38 Presentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah Murni



b. Analisis Capaian

- 1) Perencanaan program dan kegiatan rupiah murni sudah baik dari sisi belanja pegawai dan operasional.
- 2) Pembayaran tepat waktu sesuai dengan pembayaran rutin belanja pegawai PNS

c. Analisis Hambatan/kendala

Maintenance sistem dalam pengelolaan data PNS baik internal maupun external

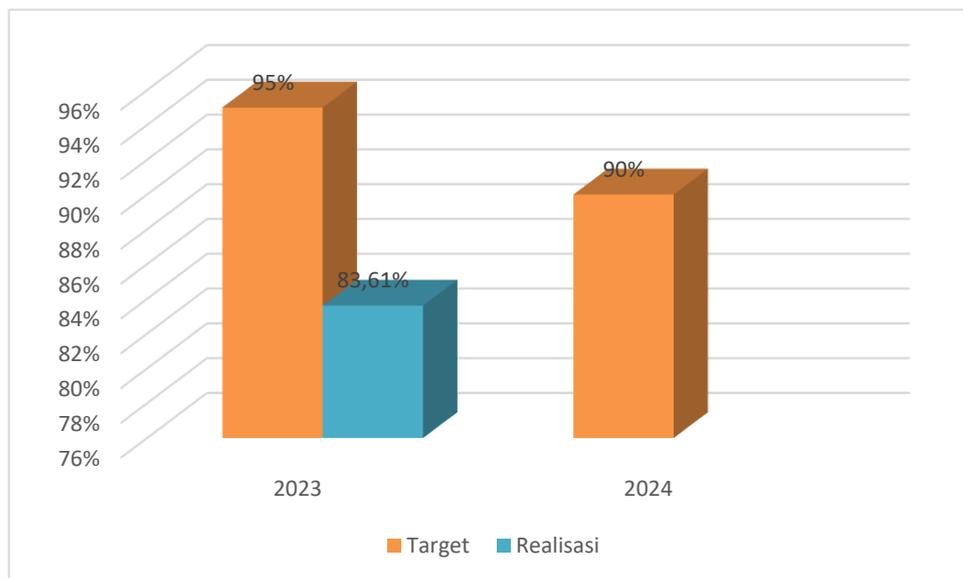
d. Rencana Tindak Lanjut

Penguatan dan peningkatan SIMRS

4. KPI Persentase Realisasi Anggaran Bersumber Rupiah BLU (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai

Grafik 3.39 Persentase realisasi Anggaran bersumber rupiah BLU



b. Analisis Capaian

KPI Persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU tercapai 83.61% dari target 95%. Dalam kegiatan rupiah BLU ini terdapat kegiatan anggaran rutin berupa pembayaran gaji pegawai setiap bulannya. Target dalam KPI ini belum tercapai.

c. Analisis hambatan/kendala

- 1) Keterlambatan proses penyelesaian dokumen
- 2) Proses rencana pencairan kegiatan belum sesuai dengan rencana penarikan dana (RPD) dalam DIPA

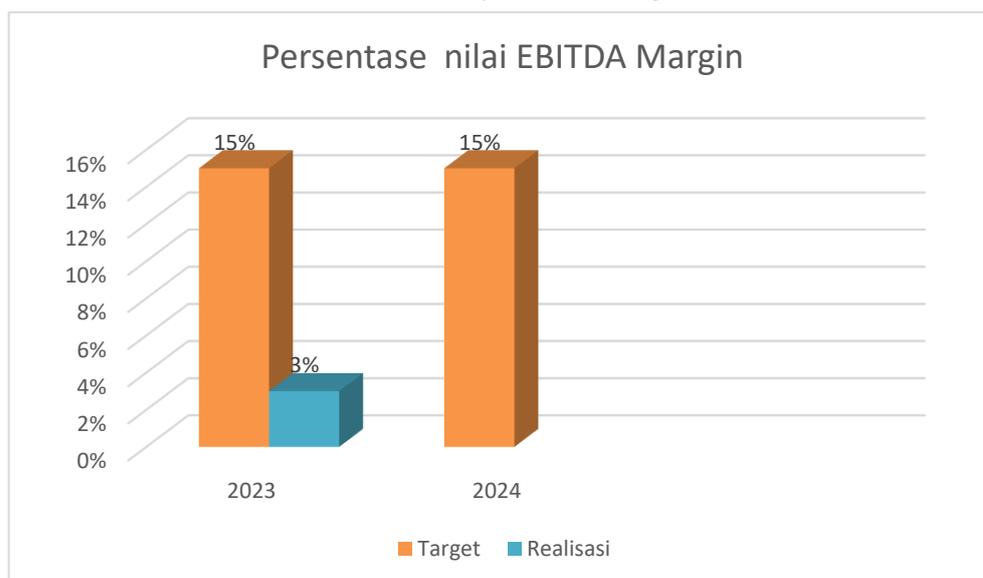
d. Rencana tindak lanjut

- 1) Mengupayakan pemanfaatan sistem SIMRS dalam proses pengadaan, penyelesaian dan pembayaran pada pihak ketiga
- 2) Melakukan revisi dalam DIPA jika terjadi perubahan kegiatan

e. KPI Persentase nilai EBITDA Margin (Indikator Direktif)

a. Kondisi yang dicapai :

Grafik 3.40 EBITDA Margin



b. Analisis Capaian

KPI Presentase nilai EBITDA Margin di tahun 2023 tercapai 3% dari target 15%, belum memenuhi target yang ingin dicapai di tahun 2023, meskipun demikian RSUP Prof Dr.R.D.Kandou telah mampu melakukan efisiensi pemakaian obat/BMHP/AMHP, disamping efisiensi belanja lainnya secara efektif, baik dari segia biaya maupun metode kerja. Disamping itu peningkatan pelayanan kesehatan, baik layanan oleh tenaga kesehatan maupun penunjang lainnya serta peningkatan kualitas klaim ke pasien-pasien khususnya JKN, sehingga membantu meningkatkan pendapatan rumah sakit walaupun belum maksimal.

c. Analisis Kendala/Hambatan

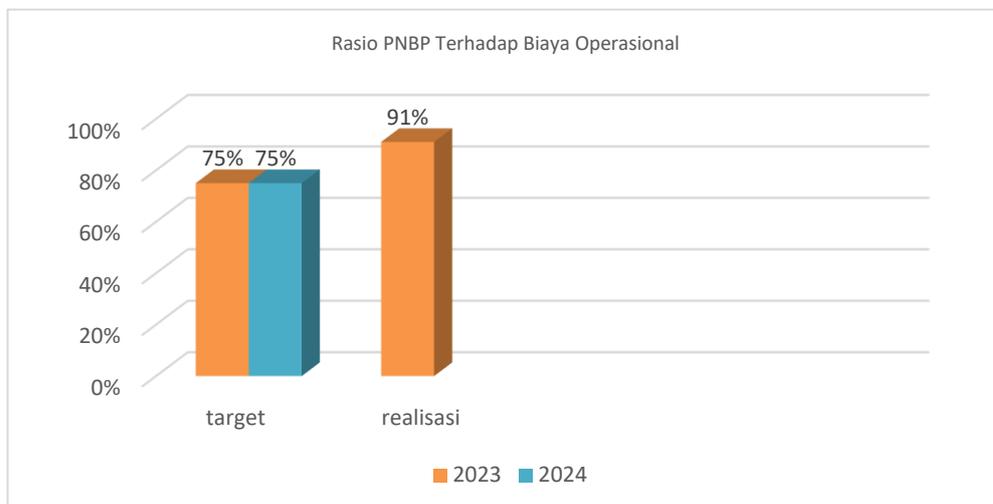
Rendahnya realisasi EBITDA Margin di tahun 2023 (3%) juga disebabkan oleh pendapatan Rumah Sakit khususnya dari pelayanan rawat inap yang belum maksimal, karena lebih kurang 100 TT dari 810 TT tidak dapat digunakan, baik karena kerusakan atau ruangan yang kurang memadai.

d. Rencana Tindak Lanjut

- 1) Menekan biaya atau belanja-belanja untuk lebih efektif dan efisien
- 2) Menekan pembelian obat/bhp/amhp yang bukan e-katalog
- 3) Menekan biaya pemeliharaan alat medik dan non medik dengan sistem contract service

- 4) Menekan biaya pemeliharaan gedung dengan mempekerjakan tukang sehingga biaya yang terjadi hanyalah biaya upah dan bahan.
- f. KPI Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO) (IKU-RSB)
- a. Kondisi yang dicapai :

Grafik 3.41 Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)



Di tahun 2023 capaian KPI Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO) tercapai 91% dari target 75%, Capaian ini cenderung naik 27% dari tahun 2022. Dan di tahun 2024 untuk KPI Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO) ditargetkan 75%.

b. Analisis Keberhasilan Capaian

Meningkatnya Rasio POBO adalah karena capaian pendapatan rumah sakit pada tahun 2023 sebesar Rp. 553.250.227.637 dari target yang ditetapkan sebesar 507.000.000.000 sehingga Rasio POBO RSUP Prof Dr.R.D.Kandou tercapai.

c. Rencana Tindak Lanjut

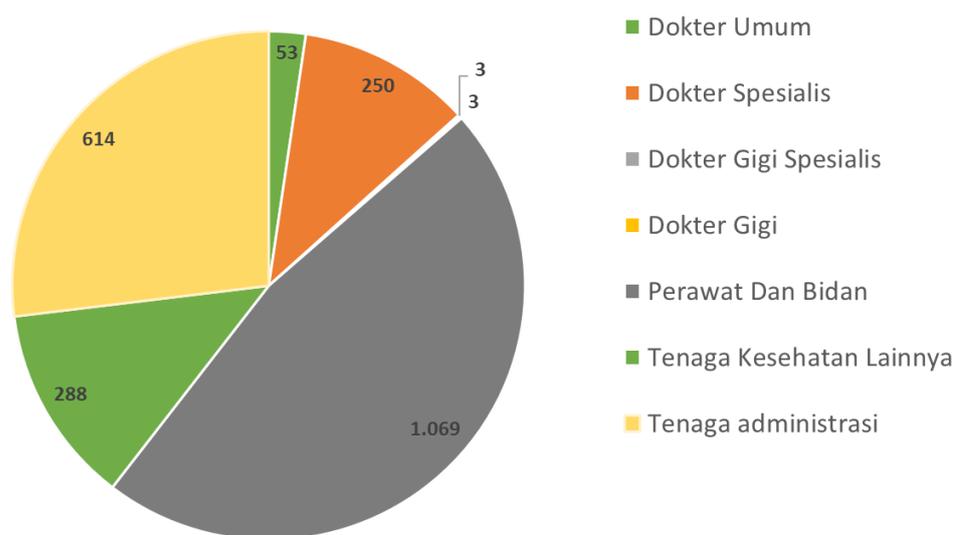
1. Mempertahankan nilai rasio dengan meningkatkan mutu layanan
2. Meningkatkan pelayanan terhadap pasien-pasien Non JKN
3. Meningkatkan pelayanan terhadap pasien-pasien kerjasama instansi
4. Mempertahankan dan meningkatkan kualitas klaim khususnya JKN

3.3 Sumber Daya

3.3.1 Sumber Daya Manusia

Di tahun 2023 jumlah pegawai di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado berjumlah 2280 orang, dengan kriteria kepegawaian sebagai berikut :

Grafik 3.40 Rasio PNBPN Terhadap Biaya Operasional (POBO)



3.3.2 Sumber Daya Anggaran

1. Realisasi Anggaran dan Efisiensi

a. Realisasi Anggaran Tahun 2023

Tabel 3.8 Realisasi Anggaran Tahun 2023

Uraian	Per 31 Desember 2023		% Realisasi terhadap anggaran
	Anggaran	Realisasi	
Pendapatan Penerimaan Negara Bukan Pajak	507.000.000.000	599.501.241.413	118%
Jumlah Pendapatan	507.000.000.000	599.501.241.413	
Belanja			
Belanja Pegawai	87.411.129.000	85.918.706.288	98%
Belanja Barang	687.814.408.000	577.834.763.445	84%
Belanja Modal	61.879.205.000	49.875.670.899	81%
Jumlah Belanja	837.104.742.000	713.629.140.632	85%

Tabel di atas menjelaskan realisasi anggaran di tahun 2023 dan membandingkan dengan PAGU dan dalam DIPA TA.2023 dengan realisasinya

yang mencakup unsur-unsur pendapatan dan realisasi belanja selama tahun anggaran 2023.

Realisasi pendapatan TA. 2023 sebesar Rp. 599.501.241.413,- atau 118% dari target pendapatan sebesar Rp. 507.000.000.000,-. Realisasi belanja TA. 2023 sebesar Rp. 713.629.140.632, dari anggaran dalam DIPA Rp. 837.104.742.000,- atau 85%.

b. Efisiensi

Di tahun 2023 efisiensi tetap menjadi tolok ukur yang harus diturunkan ke semua instalasi dan unit kerja. Program efisiensi yang diusulkan tidak hanya terkait anggaran, namun juga terkait waktu, maupun SDM. Program efisiensi tersebut diantaranya dapat dilihat ditabel dibawah ini :

Tabel 3.9 Efisiensi

No	Program Efisiensi	Kegiatan	Capaian
1	Efisiensi Listrik	Efisiensi pemakaian listrik	Pagu Rp. 7.750.000.000,- Realisasi Rp. 7.192.347.840,- Nilai Efisiensi RP. 557.652.160,- (7%)
2	Efisiensi Air	Efisiensi pemakaian air	Pagu Rp. 500.000.000,- Realisasi Rp. 262.587.722,- Nilai Efisiensi RP. 237.412.278,- (47%)
3	Efisiensi ATK	Efisiensi Pemakaian ATK	Pagu Rp. 1.550.000.000,- Realisasi Rp. 1.342.023.972,- Nilai Efisiensi Rp. 207.976.028,- (13%)

c. Hambatan dalam Pengelolaan Anggaran

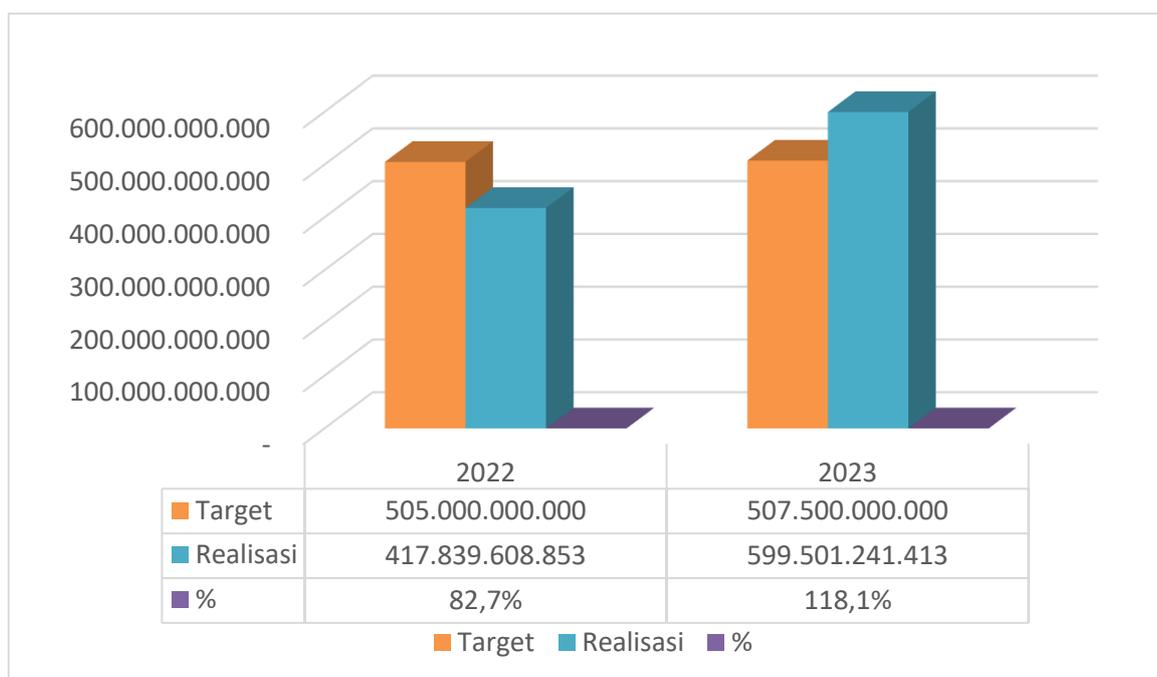
- Realisasi anggaran terhambat oleh karena keterlambatan penyelesaian pekerjaan
- Proses pengadaan barang dan jasa belum selaras dengan rencana penarikan dana (RPD)
- Perencanaan anggaran yang belum mengakomodir semua kebutuhan operasional dan kegiatan pelayanan
- Proses pengadaan barang dan jasa baik medik dan non medik belum tertata dengan baik
- Belum adanya rekonsiliasi antara semua pemegang keputusan

d. Langkah-langkah antisipatif dalam pengelolaan anggaran

1. Percepatan penyelesaian pekerjaan/kegiatan untuk mempercepat realisasi anggaran
2. Merencanakan dengan baik semua kegiatan pengadaan sehingga bisa selaras dengan rencana penarikan dana (RPD)
3. Mengakomodir semua kebutuhan operasional dan menentukan prioritas yang akan dituangkan dalam perencanaan anggaran
4. Penataan dengan baik mekanisme proses pengadaan barang dan jasa
5. Melakukan rekonsiliasi dengan sistem yang tertata dengan baik antara pemegang keputusan.

2. Pendapatan

Grafik 3.42 Perbandingan capaian pendapatan



Sumber Data: Online Monitoring SPAN

Pendapatan RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado Tahun 2023 ditargetkan sebesar Rp507.500.000.000 dan terealisasi sebesar Rp599.501.241.413 atau 118,1% dari target. Realisasi Pendapatan Tahun 2023 lebih tinggi 35,4% dari Realisasi Pendapatan Tahun 2022.

BAB IV

PENUTUP

LAKIP

RSUP Prof Dr. R.D Kandou
Manado

BAB IV

PENUTUP

Laporan akuntabilitas kinerja RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado merupakan gambaran capaian kinerja yang akuntabel dan dapat di pertanggungjawabkan sekaligus sebagai alat ukur dalam menjalankan tugas dan fungsi pelaksanaan amanah yang di berikan berdasarkan peraturan yang berlaku.

Pencapaian kinerja RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado tahun 2023 dalam meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas-tugas teknis dapat dilihat melalui hasil pengukuran pencapaian target tiap-tiap indikator yang mendukung sasaran program Pelayanan Kesehatan sesuai dengan Rencana Strategis RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado TA 2020-2024 yang mengacu pada 13 sasaran dan 54 Indikator kinerja, yang didalamnya terdiri dari indikator- indikator yang menjadi KPI RSUP Prof Dr. R.D. Kandou manado dan juga indikator-indikator direktif yang diturunkan di semua rumah sakit vertikal termasuk di RSUP Prof Dr.R.D.Kandou yang di kontrak kinerjakan antara Direktur Utama dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan. Dari ke 54 indikator tersebut terdapat 10 indikator yang belum mencapai target antara lain adalah indikator persentase pemenuhan sarana prasarana dan Alat (SPA), Persentase peningkatan kunjungan pasien dipelayanan unggulan VVIP, Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang, emergency respon time 2, Waktu tunggu hasil pemeriksaan foto thorax elektif ≤ 3 Jam, kepatuhan kebersihan tangan, kepatuhan penggunaan APD, Pelaporan hasil kritis laboratorium, persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas ditindaklanjuti, persentase realisasi anggaran bersumber rupiah BLU, dan ebitda margin.

Capaian indikator kinerja RSUP Prof Dr.R.D.Kandou sudah mencapai 81.48% dengan penyerapan anggaran sebesar 85%, hal ini menunjukkan kemampuan anggaran yang ada menghasilkan kinerja yang optimal.

Keberhasilan atau capaian kinerja RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado Tahun 2023 diharapkan dapat menjadi parameter agar program dimasa medatang dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien, dan indikator kinerja yang belum tercapai akan diupayakan secara maksimal bagi semua komponen yang terkait sehingga capaian target dapat direalisasikan pada masa yang akan datang.

Akhirnya di harapkan laporan Akuntabilitas Kinerja RSUP Prof Dr. R.D. Kandou Manado dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi para pemangku jabatan dalam rangka peningkatan kinerja.

LAMPIRAN

LAYANAN UNGGULAN



MRI

Magnetic resonance imaging (MRI) adalah pemeriksaan yang memanfaatkan medan magnet dan energi gelombang radio untuk menghasilkan gambar struktur dan organ dalam tubuh.

CT SCAN 128 Slice

adalah salah satu generasi terbaru CT Scan yang mempunyai berbagai keunggulan dibandingkan generasi sebelumnya, antara lain kemampuan merekonstruksi dengan ketebalan slice lebih tipis, akurat dan dengan dosis radiasi yang lebih rendah.



CATHLAB

Cathlab adalah laboratorium intervensi kardiovaskular yang dilengkapi dengan peralatan canggih untuk prosedur kateterisasi jantung, angioplasti perkutaneus koroner (PCI), dan prosedur kateterisasi lainnya.



ENDOSCOPY

Endoskopi adalah tindakan penempatan pada saluran cerna bagian atas (EGD) dan saluran cerna bagian bawah (kolonoskopi) untuk diagnostik dan terapeutik.



NICU

Ruang NICU atau neonatal intensive care unit adalah ruang perawatan intensif di rumah sakit yang disediakan khusus untuk bayi baru lahir yang mengalami gangguan kesehatan. Umumnya bayi dimasukkan ke ruang NICU pada masa 24 jam pertama setelah lahir.



Teletterapi Linac

Merupakan alat yang digunakan untuk terapi radiasi jarak jauh. Teletterapi Linac adalah teknologi linac yang memungkinkan perawatan radiasi jarak jauh dengan akurasi yang sangat tinggi.

Teletterapi Cobalt 60

Teletterapi Cobalt 60 menggunakan radionuklid kobalt-60 yang dipancarkan ke arah tumor yang akan diobati.

Fluoroscopy Simulator

digunakan untuk perencanaan 3D dengan menggunakan teknologi fluoroskopi. Fluoroskopi adalah teknik pencitraan real-time yang menggunakan sinar-X untuk melihat struktur internal tubuh.

CT Simulator

Merupakan alat yang digunakan untuk perencanaan 3D dengan menggunakan teknologi CT scan. CT Simulator adalah alat yang digunakan untuk perencanaan 3D dengan menggunakan teknologi CT scan.



ABUS

Automated Breast Ultrasound With breast screening technology

the LOOK DIFFERENTLY

DETEKSI DIRI ANDA SEBELUM TERLAMBAT

Mammografi adalah tes pemindaian yang dilakukan untuk memeriksa payudara terhadap penyakit dengan menggunakan teknologi foto rontgen.

PELAYANAN RUJUKAN NASIONAL



Intensive Care Unit (ICU)



Pelayanan NICU



Pelayanan EUS



Pelayanan Kateterisasi Jantung

- Pelayanan Jantung Terpadu
- Pelayanan Kanker Terpadu
- Pelayanan Intensive NICU
- Pelayanan Pemeriksaan Endoscopy Ultra Sound
- Pelayanan Bedah Vaskuler dan Endovaskuler
- Pelayanan Bedah Spine /Orthopedi
- Pelayanan Eksekutif



RSUP Prof Dr. R. D. Kandou Manado

**RSUP
PROF DR. R. D. KANDOU
MANADO**



KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA






INSTALASI PELAYANAN EKSEKUTIF

Melayani:

- Interna
- Bedah
- Anak
- Obsgyn
- Neurologi / Saraf
- Jantung & Pembuluh Saraf
- Mata
- THT-KL
- Gigi & Mulut
- Fisik Rehab
- Kejiwaan
- Kulit Kelamin
- Gizi

JADWAL OPERASIONAL
Senin - Sabtu (hari libur tutup)
08.00 - 20.00

HUBUNGI KAMI
0431 7280000

PELAYANAN PENUNJANG MEDIK DAN NON MEDIK

PELAYANAN RAWAT KHUSUS

	INTENSIVE CARE UNIT (ICU)
	NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (NICU) PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT (PICU)
	INTENSIVE CARDIO CARE UNIT (ICCU)
	HIGH CARE UNIT/INTERMEDIATE WARD (HCU/IW)
	INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS)



RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado

PELAYANAN LAINYA

	PELAYANAN HEMODIALISA
	PELAYANAN UTDRS PELAYANAN PLASMA APHERESIS
	PELAYANAN RAWAT DARURAT
	PELAYANAN RAWAT INAP
	PELAYANAN RAWAT JALAN



RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado

PELAYANAN PENUNJANG NON MEDIK

Instalasi Farmasi



Instalasi Gizi



 RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado

PELAYANAN PENUNJANG NON MEDIK

Instalasi Diklat



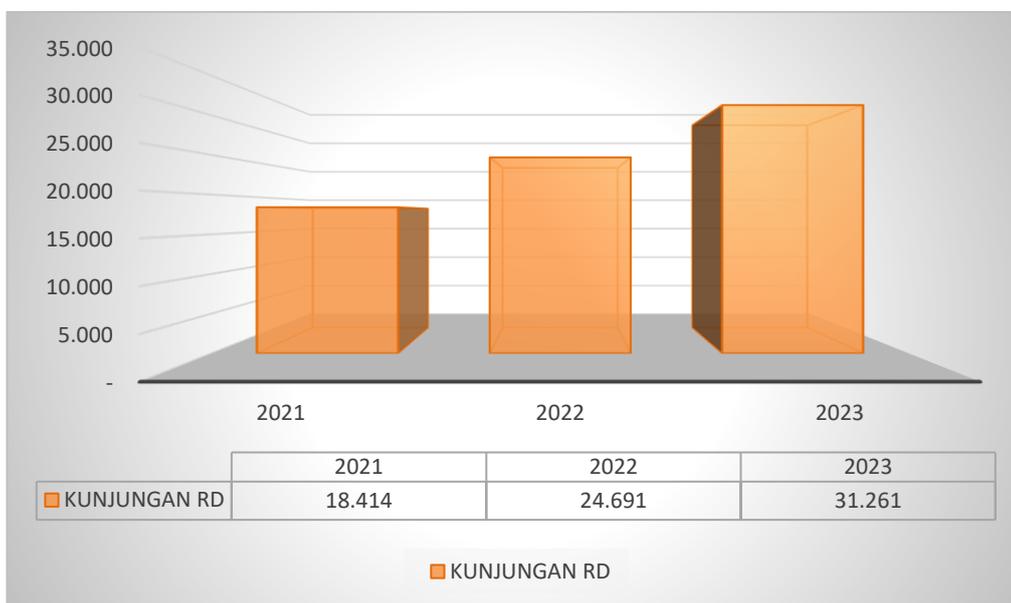
Instalasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit



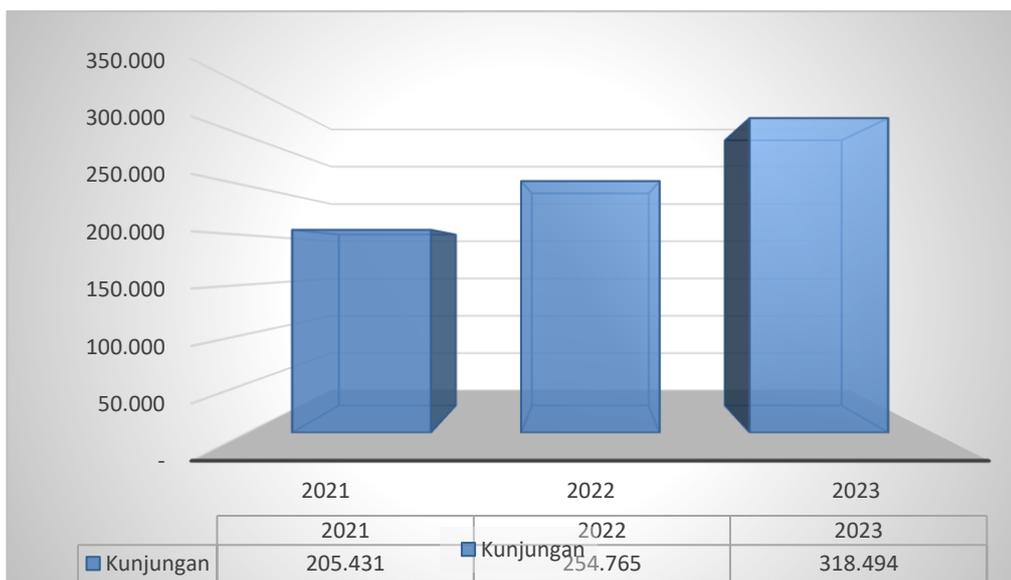
 RSUP Prof Dr.R.D.Kandou Manado

DATA KUNJUNGAN

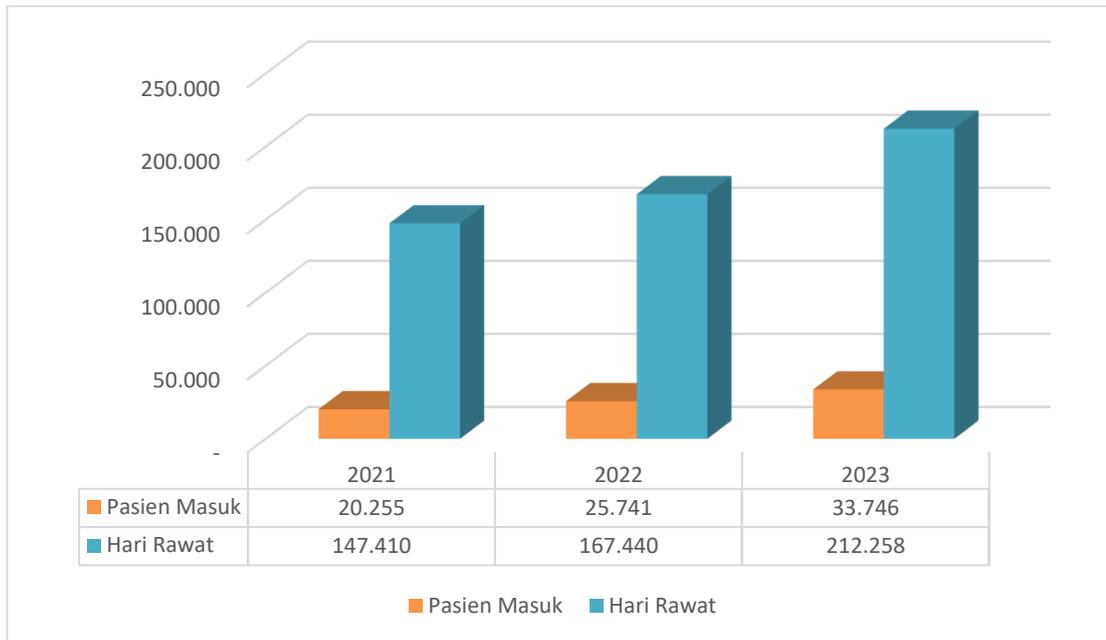
A. IGD



B. Rawat Jalan



C. Rawat Inap



Lampiran 2. Kamus IKU

Tabel 1

Indeks Kepuasan Masyarakat

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Indeks Kepuasan Masyarakat				
Definisi	<p>1. Survey Kepuasan Masyarakat adalah kegiatan pengukuran Secara komprehensif tentang tingkat kepuasan masyarakat terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan publik.</p> <p>2. Indeks Kepuasan Masyarakat Adalah hasil pengukuran dari kegiatan survei kepuasan masyarakat berupa angka. Angka ditetapkan dengan skala 1 (satu) sampai dengan 4 (empat);</p> <p>A (Sangat Baik) : 88,31 - 100,00</p> <p>B (Baik): 76,61 - 88,30</p> <p>C (Kurang Baik): 65 - 76,60</p> <p>D (Tidak Baik): 25 - 64,99</p>				
Formula	$SKM = \frac{\text{Total dari Nilai Persepsi Per Unsur}}{\text{Total Unsur yang Terisi}} \times \text{Nilai Penimbang}$				
Bobot IKU (%)	10%				
Person in Charge	Sub Bagian Hukormas				
Sumber Data	Sub Bagian Hukormas				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	80%	80%	80%	85%

Tabel 2
Jenis dan Jumlah Pengembangan Layanan

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Jenis dan Jumlah Pengembangan Layanan				
Definisi	Pengembangan Layanan berupa inovasi layanan Rumah Sakit sebagai bentuk pelayanan yang paripurna kepada pasien.				
Formula	Jumlah Pengembangan Layanan				
Bobot IKU (%)	5%				
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Pengembangan Layanan RS				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	3 Layanan	5 Layanan	3 Layanan	6 Layanan	6 Layanan

Tabel 3

Kepatuhan kebersihan tangan

Perspektif	Konsumen
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan
IKU	Kepatuhan kebersihan tangan
Definisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan tampak kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) dengan kandungan alkohol 60-80% bila tangan tidak tampak kotor. 2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO. 3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan. 4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien. b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien. c. Sebelum melakukan prosedur aseptik adalah kebersihan tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan steril atau aseptik, contoh: pemasangan intra vena kateter (infus), perawatan luka, pemasangan kateter urin, suctioning, pemberian suntikan dan lain-lain. d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD. 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. 5. Peluang adalah periode di antara indikasi di mana tangan terpapar kuman setelah menyentuh permukaan (lingkungan atau pasien) atau tangan menyentuh zat yang terdapat pada permukaan. 6. Tindakan kebersihan tangan yang dilakukan adalah kebersihan tangan yang dilakukan sesuai peluang yang diindikasikan. 7. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan. 8. Penilaian kepatuhan kebersihan tangan adalah penilaian kepatuhan pemberi pelayanan yang melakukan kebersihan tangan dengan benar. 9. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 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

	<p>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> <p>13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.</p>				
Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)	dalam periode observasi				
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	IPCN				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥90%	≥90%

Tabel 4
Kepatuhan penggunaan APD

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Kepatuhan penggunaan APD				
Definisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit. 2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne). 3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. Mutufasyankes Apps 4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium. 5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan. 6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan. 				
Formula	$\frac{\text{Jumlah petugas yang patuh menggunakan APD sesuai indikasi dalam periode observasi}}{\text{Jumlah seluruh petugas yang terindikasi menggunakan APD dalam periode observasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	IPCN				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				100%	100%

Tabel 5
Kepatuhan identifikasi pasien

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Kepatuhan identifikasi pasien				
Definisi	<p>1. Pemberi pelayanan terdiri dari tenaga medis dan tenaga kesehatan.</p> <p>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.</p> <p>3. Identifikasi dilakukan dengan cara visual (melihat) dan atau verbal (lisan).</p> <p>4. Pemberi pelayanan melakukan identifikasi pasien secara benar pada setiap keadaan terkait tindakan intervensi pasien seperti :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi. • Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit. • Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain. • Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar. <p>5. Identifikasi pasien dianggap benar jika pemberi pelayanan melakukan identifikasi seluruh tindakan intervensi yang dilakukan dengan benar.</p>				
Formula	$\frac{\text{jumlah pemberi pelayanan yang melakukan identifikasi pasien secara benar dalam periode observasi}}{\text{jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam periode observasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				100%	100%

Tabel 6
Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi				
Definisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan seksio sesarea emergensi sejak diputuskan operasi sampai dimulainya insisi operasi di kamar operasi yaitu ≤ 30 menit. 2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya. 3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin. 4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria. 				
Formula	$\frac{\text{jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori 1}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				$\geq 80\%$	$\geq 80\%$

Tabel 7
Waktu tunggu rawat jalan

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Waktu tunggu rawat jalan				
Definisi	<p>1. Waktu tunggu rawat jalan adalah waktu yang dibutuhkan mulai saat pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/dokter spesialis.</p> <p>2. Kontak dengan petugas pendaftaran adalah proses saat petugas pendaftaran menanyakan dan mencatat/menginput data sebagai pasien atau pada saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran untuk pendaftaran online.</p> <p>a. pasien datang langsung, maka dihitung sejak pasien kontak dengan petugas pendaftaran sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>b. pasien mendaftar online, maka dihitung sejak pasien melakukan konfirmasi kehadiran kepada petugas pendaftaran sesuai jam pelayanan pada pendaftaran online sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p> <p>c. Pasien anjungan mandiri, maka dihitung sejak bukti pendaftaran tercetak pada anjungan mandiri sampai mendapat pelayanan dokter/ dokter spesialis.</p>				
Formula	$\frac{\text{jumlah pasien rawat jalan dengan waktu tunggu} \leq 60 \text{ menit}}{\text{jumlah pasien rawat jalan yang di observasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥80%	≥80%

Tabel 8

Pelaporan hasil kritis laboratorium

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Pelaporan hasil kritis laboratorium				
Definisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera. 2. Waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu yang dibutuhkan sejak hasil pemeriksaan keluar dan telah dibaca oleh dokter/analisis yang diberi kewenangan hingga dilaporkan hasilnya kepada dokter yang meminta pemeriksaan. 3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan ≤ 30 menit. 				
Formula	$\frac{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang dilaporkan } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah hasil kritis laboratorium yang diobservasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				100%	100%

Tabel 9

Kepatuhan penggunaan formularium nasional

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Kepatuhan penggunaan formularium nasional				
Definisi	<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>				
Formula	$\frac{\text{jumlah R recipe dalam lembar resep yang sesuai dengan formularium nasional}}{\text{jumlah R recipe dalam lembar resep yang diobservasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	Instalasi Farmasi				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥90%	≥90%

Tabel 10
Kepatuhan terhadap alur klinis (*clinical pathway*)

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Kepatuhan terhadap alur klinis (<i>clinical pathway</i>)				
Definisi	<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 <i>clinical pathway</i> yang ditetapkan Rumah Sakit.</p>				
Formula	$\frac{\text{jumlah pelayanan oleh PPA yang sesuai dengan } \textit{clinical pathway}}{\text{jumlah seluruh pelayanan oleh PPA pada } \textit{clinical pathway} \text{ yang diobservasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥85%	100%

Tabel 11

Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh				
Definisi	<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>				
Formula	$\frac{\text{jumlah pasien rawat inap berisiko tinggi jatuh yang mendapatkan ketiga upaya pencegahan risiko jatuh}}{\text{jumlah pasien rawat inap yang berisiko tinggi jatuh yang di observasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				100%	100%

Tabel 12

Kecepatan waktu tanggap komplain

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Kecepatan waktu tanggap komplain				
Definisi	<p>1. Kecepatan waktu tanggap komplain adalah rentang waktu Rumah sakit 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 1 x 24 jam sejak keluhan disampaikan oleh pasien/ keluarga/pengunjung. Kriteria: cenderung berhubungan dengan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/ kelangsungan organisasi, potensi kerugian material, dan lain-lain.</p> <p>b. Grading Kuning (tinggi) ditanggapi dan ditindaklanjuti maksimal 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>				
Formula	$\frac{\text{jumlah komplain yang ditanggapi dan ditindak lanjuti sesuai waktu yang ditetapkan sesuai dengan grading}}{\text{jumlah komplain yang disurvei}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Hukormas				
Sumber Data	Hukormas				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥80%	≥80%

Tabel 13
Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien
dengan target kejadian sentinel nol

Perspektif	Konsumen				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol				
Definisi	Jumlah pelaporan insiden keselamatan pasien yang menunjukkan kejadian sentinel Never event nihil				
Formula	Jumlah pelaporan IKP sentinel yang merupakan Never event nihil tiap bulan Januari-Desember				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	Laporan IKP				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				12 Laporan	12 Laporan Sentinel 0%

Tabel 14

Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Uro-Nefrologi

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4				
IKU	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Uro-Nefrologi				
Definisi	Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional layanan prioritas sesuai target				
Formula	Jumlah rumah sakit yang diampu				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	4 RS	3 RS

Tabel 15

Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Stroke

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4				
IKU	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Stroke				
Definisi	Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional layanan prioritas sesuai target				
Formula	Jumlah rumah sakit yang diampu				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	3 RS	3 RS

Tabel 16

Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas kanker

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4				
IKU	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas kanker				
Definisi	Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional layanan prioritas sesuai target				
Formula	Jumlah rumah sakit yang diampu				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	5 RS	3 RS

Tabel 17

Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas kardiovaskular

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4				
IKU	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas kardiovaskular				
Definisi	Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional layanan prioritas sesuai target				
Formula	Jumlah rumah sakit yang diampu				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	3 RS	3 RS

Tabel 18

Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas maternal neonatal

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4				
IKU	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas maternal neonatal				
Definisi	Terselenggaranya pengampunan jejaring rumah sakit dan rujukan nasional layanan prioritas sesuai target				
Formula	Jumlah rumah sakit yang diampu				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	3 RS	3 RS

Tabel 19

Terselenggaranya stratifikasi paripurna di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4				
IKU	Terselenggaranya stratifikasi paripurna di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou				
Definisi	Stratifikasi paripurna yang dicapai oleh RSUP Prof Dr.R.D. Kandou				
Formula	Jumlah stratifikasi paripurna yang dicapai oleh RSUP Prof Dr.R.D. Kandou				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	1 Stratifikasi	1 Stratifikasi

Tabel 20
 Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA)

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan				
IKU	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA)				
Definisi	Persentase pemenuhan Sarana Prasarana dan Alat Kesehatan RS yang dimiliki sesuai dengan Permenkes Nomor 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan terkalibrasi prasarana dan alkesnya				
Formula	<p>1. Persen pemenuhan Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%</p> <p>2. Persen prasarana dan alat kesehatan Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%</p> <p>3. Menghitung Hasil akhir/Presentase pemenuhan SPA (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi)/2</p>				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Umum				
Sumber Data	ASPAK dan Survei Lapangan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	95%	95%

Tabel 21
Tersedianya pelayanan unggulan VVIP

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP				
IKU	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP				
Definisi	Pelayanan unggulan rajal dan atau ranap sehingga menurunkan WNI yg berobat keluar negeri dengan adanya pelayanan khusus/VVIP di rs vertikal				
Formula	Jumlah Pelayanan Unggulan VVIP di rumah sakit				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	1 Layanan	1 Layanan

Tabel 22

Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP				
IKU	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP				
Definisi	Persentase kunjungan pasien VVIP di rumah sakit				
Formula	$\frac{\text{Jumlah kunjungan pasien VVIP}}{\text{jumlah total kunjungan pasien di rumah sakit}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	10%	10%

Tabel 23

Jumlah layanan penyakit prioritas minimal strata utama

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan				
IKU	Jumlah layanan penyakit prioritas minimal strata utama				
Definisi	Rumah sakit umum vertikal yang melaksanakan 9 layanan prioritas minimal strata utama				
Formula	Jumlah layanan penyakit prioritas yang dilaksanakan				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				1 Layanan	1 Layanan

Tabel 24

Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional				
Definisi	RS yang menyelenggarakan kerja sama dengan RS atau institusi Kesehatan luar negeri terkait layanan unggulannya				
Formula	proses kerja sama yang dijalani yakni penjajakan, pembahasan proposal, penandatanganan kesepakatan, implementasi kerja sama, dan atau hasil evaluasi.				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Dokumen Rumah Sakitt berupa proposal, feasibility study, rencana strategis bisnis, perjanjian kerjasama , rekomendasi hasil assessment internal dan eksternal RS, laporan evaluasi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				1 Layanan	1 Layanan

Tabel 25

Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar				
Definisi	<ul style="list-style-type: none"> • Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu. • Satuan ruang parkir (SRP) adalah ukuran luas efektif untuk meletakkan kendaraan (mobil penumpang, bus/truk, atau sepeda motor), termasuk ruang bebas dan lebar buka pintu • Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang. • Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan. • RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan. • Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit • Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00 • Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai. • Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman <p style="margin-left: 40px;">Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman</p> <p style="margin-left: 40px;">Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman</p>				
Formula	(Jumlah satuan ruang parkir yang tersedia sesuai standar Dibagi jumlah kebutuhan satuan ruang parkir sesuai standar) x 100 %				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Umum				
Sumber Data	Hasil Observasi dari Bagian Umum				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥ 70%	≥ 70%

Tabel 26

Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan				
Definisi	<p>1. Kepuasan pasien adalah hasil pendapat dan penilaian pasien terhadap kinerja pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.</p> <p>2. Responden adalah pasien yang pada saat survei sedang berada di lokasi unit pelayanan, atau yang pernah menerima pelayanan.</p> <p>3. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie.</p> <p>4. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh penyelenggara pelayanan kepada pasien. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan. Survei Kepuasan Pasien adalah kegiatan pengukuran secara komprehensif tentang tingkat kepuasan pasien terhadap kualitas</p> <p>5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan. Besaran sampel ditentukan dengan menggunakan sampel dari Morgan dan Krejcie. Survei Kepuasan Hasil</p>				
Formula	(Total nilai persepsi seluruh responden dibagi total unsur yang terisi dari seluruh responden) x 25				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Hukormas				
Sumber Data	Hasil survey kepuasan pelanggan di Rawat Inap & Rawat Jalan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥ 80%	≥ 80%

Tabel 27

Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang				
Definisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah waktu yang dibutuhkan untuk melayani pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang yang dihitung mulai dari pasien check in di RS sampai dengan menerima obat. 2. Check in adalah saat pasien melakukan konfirmasi kehadiran di rumah sakit yang dihitung sejak pasien mendaftar di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) atau loket pendaftaran. 3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah ≤ 120 menit. 				
Formula	$\left(\frac{\text{Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan} \leq 120 \text{ menit}}{\text{jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang}} \right) \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				$\geq 80\%$	$\geq 80\%$

Tabel 28
Penundaan waktu Operasi Elektif

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Penundaan waktu Operasi Elektif				
Definisi	<p>1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan.</p> <p>2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.</p> <p>Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.</p>				
Formula	$\frac{\text{(Jumlah pasien yang jadwal operasinya tertunda lebih dari 1 jam)}}{\text{jumlah pasien operasi elektif}} \times 100 \%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≤ 3%	≤ 3%

Tabel 29
Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik				
Definisi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan. 2. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis 3. Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan 4. Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik 5. Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan. 				
Formula	(Jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan tepat waktu sesuai waktu yang ditentukan Dibagi jumlah tenaga medis yang memberikan pelayanan di poliklinik) x 100%				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Instalasi Rawat Jalan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥ 80%	≥ 80%

Tabel 30

Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap

Perspektif	<i>Proses Bisnis Internal</i>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap				
Definisi	<p>Waktu <i>visite</i> dokter adalah waktu kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggung jawabnya.</p> <p>1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan.</p> <p>2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.</p>				
Formula	$\frac{\text{Jumlah pasien yang di-}i\text{visite dokter pada pukul 06.00-14.00}}{\text{Jumlah pasien yang diobservasi}} \times 100 \%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥ 80%	≥ 80%

Tabel 31

Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU				
Definisi	<p>Tercapainya indikator klinis di setiap layanan prioritas K-J-S-U dan KIS sesuai Indikator Klinis RS Vertikal</p> <ol style="list-style-type: none"> Kanker: Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari Jantung: Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ ≤ 30 Menit Stroke: Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) < 7 hari Uronefrologi: Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam <p>KIA:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kemampuan Menangani BLSR 1000 gram - < 1500 gram Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit 				
Formula	<p>Kanker : (Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk mastektomi tanpa komplikasi di rawat inap maksimal 5 hari / Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat dengan mastektomi tanpa komplikasi di rawat inap) x100%</p> <p>Jantung : (Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Needle Time ≤ 30 menit / Total pasien IGD yang mendapatkan terapi trombolitik) x 100%</p> <p>Stroke : (Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS < 7 hari / seluruh pasien iskemik) x 100%</p> <p>Uronefrologi : (Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialisis CITO yang mendapatkan intervensi dialisis dalam 1x24 jam / Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO) x 100%</p> <p>BLSR : (Jumlah BLSR 1000 gram - <1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan / jumlah seluruh BLSR 1000 gram <1500 gram yang dirawat pada periode perhitungan) x 100%</p> <p>Kematian IBU : (Kematian ibu saat persalinan yang disebabkan karena pre eklampsia/eklampsia pada periode perhitungan dibagi Jumlah ibu bersalin dengan pre eklampsia/ eklampsia pada periode perhitungan) x 100%</p>				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				1 Indikator untuk setiap layanan	1 Indikator untuk setiap layanan

Tabel 32
Waktu Tunggu Operasi Elektif

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya Pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal				
IKU	Waktu tunggu operasi elektif				
Definisi	Waktu tunggu operasi elektif adalah rata-rata tenggat waktu sejak pasien masuk rawat inap dengan rencana operasi sampai dengan operasi dilaksanakan				
Formula	(Jumlah waktu tunggu operasi yang terencana dari seluruh pasien yang dioperasi dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pasien dengan operasi yang terencana)				
Bobot IKU (%)	5%				
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Instalasi Bedah Sentral				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	80%	≤ 48 jam	≤ 48 jam	≤ 48 jam

Tabel 33
Emergency Respond Time 2

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya Pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal				
IKU	Emergency Respond Time 2				
Definisi	Emergency Respond Time 2 (ERT 2) adalah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi CITO sejak diputuskan operasi oleh dokter spesialis anestesi (setelah seluruh pemeriksaan penunjang sudah dilakukan) sampai dimulainya insisi dikamar operasi (<i>from decision to incision</i>)				
Formula	(Jumlah waktu yang dibutuhkan pasien untuk mendapatkan tindakan operasi CITO dibagi Jumlah seluruh sampel atau Jumlah seluruh pasien yang diputuskan operasi)				
Bobot IKU (%)	5%				
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Rekam Medik				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	80%	≤ 120 menit	≤ 120 menit	≤ 120 menit

Tabel 34

Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Foto Thorax Elektif ≤ 3 jam

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya Pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal				
IKU	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Foto Thorax Elektif ≤ 3 jam				
Definisi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi ≤ 3 jam. Permintaan thorax foto yang dimaksudkan dalam indikator ini adalah permintaan thorax foto Antero Posterior.				
Formula	(Jumlah pasien yang menerima hasil pemeriksaan thoraks foto ≤ 3 jam dibagi Jumlah pasien yang dilakukan pemeriksaan thoraks foto)				
Bobot IKU (%)	5%				
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Rekam Medis dan Survey				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	80%	80%	≤ 3 jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam

Tabel 35

Waktu Tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya Pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal				
IKU	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit				
Definisi	<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.</p> <p>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>				
Formula	$\frac{\text{(Jumlah kasus SC Emergensi kategori 1 dengan waktu tanggap maksimal 30 menit (selama 1 tahun) dibagi total penanganan kasus SC Emergensi kategori 1 (selama 1 tahun) di RS)} \times 100}{1}$				
Kriteria Inklusi	SC darurat dengan status kesehatan fisik pre operasi ASA 1 dan ASA 2				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≤ 30 menit	≤ 30 menit

Tabel 36

Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya Pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal				
IKU	Implementasi RME terintegrasi pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.				
Definisi	Persentase rumah sakit melaksanakan Rekam Medis Elektronik pada seluruh layanan yakni pendaftaran, IGD, rawat inap, rawat jalan, OK, layanan penunjang (lab, radiologi, gizi, rehab medik) dan farmasi.				
Formula	$\frac{\text{Unit Kerja Yang Mengimplementasikan RME}}{\text{Unit Kerja yang wajib mengimplementasikan RME}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	Rekam Medis				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				100%	100%

Tabel 37

Jumlah kerjasama dengan Institusi Pendidikan

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas				
IKU	Jumlah kerjasama dengan Institusi Pendidikan				
Definisi	Rumah Sakit pendidikan adalah kelompok rumah sakit terbaik di berbagai negara. Ini bisa terjadi karena adanya sinergi antara fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian yang dilakukan sejak perencanaan. Harus ada integrasi antara Rumah Sakit Pendidikan dan Fakultas di bidang kesehatan dari universitas yang ada. Rumah sakit dan fakultas/universitas harus mempunyai visi yang sama yaitu memberikan yang terbaik bagi pasien dan peserta didik.				
Formula	Jumlah Institusi pendidikan yang telah bekerjasama dengan RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou per tahun.				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Diklit & Sub Bagian Hukormas				
Sumber Data	Bagian Diklit & Sub Bagian Hukormas				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
			12 KSO	20 DOKUME N	22 DOKUME N

Tabel 38

Jumlah kerjasama dengan rumah sakit jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas				
IKU	Jumlah kerjasama dengan rumah sakit jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri				
Definisi	Seiring berjalannya waktu dan meningkatnya kebutuhan masyarakat akan kenyamanan dalam menggunakan jasa rumah sakit. Maka harus semakin lengkap layanan yang diberikan oleh sebuah rumah sakit berdampak pada semakin banyaknya sumber daya yang digunakan oleh rumah sakit tersebut dan semakin banyak pengaturan yang harus dikelola oleh manajemen rumah sakit tersebut.				
Formula	Jumlah Rumah Sakit dalam negeri dan luar negeri yang telah bekerjasama dengan RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou per tahun				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Diklit & Sub Bagian Hukormas				
Sumber Data	Bagian Diklit & Sub Bagian Hukormas				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
			10 KSO	18 DOKUME N	20 DOKUME N

Tabel 39

Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui fellowship

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas				
IKU	Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui fellowship				
Definisi	Dokter spesialis mengikuti fellowship/konsultan untuk pengembangan kompetensi				
Formula	$\frac{\text{Jumlah tenaga medis yang mengikuti fellowship/konsultan}}{\text{Jumlah tenaga medis yang belum mengikuti fellowship/konsultan}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Eksklusi	Dokter spesialis yang berusia >58 tahun				
Person in Charge	Bagian Diklit				
Sumber Data	Surat Masuk				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				80%	85%

Tabel 40

Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan inhouse

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas				
IKU	Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan inhouse				
Definisi	Pegawai yang mengikuti pelatihan in house dan memiliki sertifikat				
Formula	(Jumlah pegawai yang mengikuti pelatihan in house dan memiliki sertifikat Dibagi Jumlah pegawai) x 100%				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Diklat				
Sumber Data	Pegawai Yang Bersangkutan				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				80%	85%

Tabel 41

Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan exhouse training

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas				
IKU	Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan exhouse training				
Definisi	Pegawai yang mengikuti pelatihan ex house dan memiliki sertifikat				
Formula	(Jumlah peserta yang mengikuti pelatihan exhouse dan memiliki sertifikat dibagi jumlah tenaga Kesehatan Kemenkes) x 100%				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Diklit				
Sumber Data	Surat Masuk				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				35%	40%

Tabel 42

Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah Nasional/Internasional

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas				
IKU	Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah Nasional/Internasional				
Definisi	Jurnal ilmiah merupakan salah satu wadah untuk mempublikasikan hasil penelitian atau buah pikir seseorang kepada public. Melalui jurnal, seseorang peneliti dan penulis dapat menginformasikan berbagai penemuan/ide baru tentang suatu hal kepada khalayak setelah melalui proses seleksi dan revisi. Publikasi secara nasional dan atau internasional adalah salah satu jenis yang diterbitkan dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Namun banyak juga peneliti lain yang menggunakan jurnal nasional dan atau internasional ini sebagai referensi lanjutan. Jurnal nasional dan atau internasional ini dibuat dan dapat dipertanggung jawabkan dikarenakan menjadi syarat wajib kelulusan di institusi pendidikan.				
Formula	Jumlah penelitian yang di publikasikan				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Direktorat SDM, Pendidikan dan Umum				
Sumber Data	KSM &KEPK				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
			20 Dokumen	70 dokumen	75 dokumen

Tabel 43
% Integrasi Sistem Informasi

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti				
IKU	% Integrasi Sistem Informasi				
Definisi	Sistem Informasi RS yang telah terintegrasi				
Formula	$\frac{\text{Jumlah aplikasi terintegrasi}}{\text{Jumlah Aplikasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)	5%				
Person in Charge	Instalasi SIMRS				
Sumber Data	<i>Progress</i> Integrasi SIMRS				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	70%	70%	75%	80%	100%

Tabel 44

Tercapainya implementasi TEMANDIRI

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti				
IKU	Tercapainya implementasi TEMANDIRI				
Definisi	Menyampaikan Rekapitulasi Dari : a. Absensi Kandouone b. Penginputan BCP c. Penginputan OPPE				
NUMERATOR	1. Absensi Kandouone Jumlah Pegawai Aktif Yg Melakukan Absensi <i>KandouOne</i> Dalam 1 Bulan 2. Penginputan BCP Jumlah Pegawai Yg Mengisi BCP Dalam 1 Bulan 3. OPPE Jumlah tenaga dokter Yg Mengisi OPPE Dalam 1 Bulan				
DENOMINATOR	1. Absensi KandouOne Jumlah Pegawai Aktif Yang Harus Melakukan Absensi Di <i>Kandouone</i> 2. Penginputan BCP Jumlah Seluruh Pegawai (Harus Mengisi BCP) 3. OPPE Jumlah Seluruh Dokter (Harus Mengisi OPPE)				
Formula	1. Absensi Kandouone $\frac{N}{D} \times 100 =$ 2. Penginputan Bcp $\frac{N}{D} \times 100 =$ 3. Penginputan Oppe $\frac{N}{D} \times 100 =$ Jumlah Ketepatan Penerapan Aplikasi Temandiri = Rata-Rata Nilai 1,2 Dan 3				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian SDM				
Sumber Data	Aplikasi TEMANDIRI				
Periode Pelaporan	Per Bulan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				90%	100%

Tabel 45

Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti				
IKU	Persentase Pelaksanaan Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE)				
Definisi	Sistem informasi yang dimanfaatkan sebagai media komunikasi dan menghubungkan data pasien antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan baik dari yang tingkatnya lebih rendah ke tingkat lebih tinggi maupun tingkat yang setara (rujukan vertikal maupun horizontal) dalam rangka mempercepat proses rujukan dan memastikan pasien dapat dirawat sesuai dengan kapasitas Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menjadi tujuan rujukan				
Formula	<p>Kriteria Penilaian Implementasi SISRUTE :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada kebijakan dan tim pengembangan SISRUTE di RS, nilai = 25 2. Ada laporan pemanfaatan dan evaluasi penggunaan SISRUTE di RS secara berkala, Nilai = 25 3. Ada petugas khusus (operator) SISRUTE 24 jam, Nilai = 25 4. Persentase kasus yang memiliki nilai respon time < 1 jam sebesar lebih dari 50%, Nilai = 25 				
Bobot IKU (%)	5%				
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	<i>Progress SISRUTE</i>				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	60%	75%	100%	100%

Tabel 46

Persentase penurunan jumlah kematian di RSUP Prof Dr. R. D. Kandou

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik				
IKU	Persentase penurunan jumlah kematian di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou				
Definisi	Selisih NDR (<i>Net Death Rate</i>) rumah sakit vertikal tahun berjalan dibandingkan dengan NDR tahun sebelumnya dikalikan 100%				
Formula	$\frac{\text{selisih NDR RS tahun berjalan}}{\text{NDR tahun sebelumnya}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Pelayanan Medik dan Keperawatan				
Sumber Data	SIMRS				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				< 2,5	< 2,5

Tabel 47

Jumlah layanan penyakit prioritas

Perspektif	Proses Bisnis Internal				
Sasaran Strategis	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit				
IKU	Jumlah layanan penyakit prioritas				
Definisi	Hasil pelaksanaan audit medis pada masing-masing 9 layanan prioritas pada RS umum vertikal yang dilaporkan setiap 6 bulan				
Formula	Jumlah laporan hasil audit 9 layanan prioritas setiap 6 bulan yang dikirim ke Direktorat Pelayanan Kesehatan Rujukan				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Medik				
Sumber Data	Komite Medik				
Periode Pelaporan	Semester				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				1 Layanan	1 Layanan

Tabel 48

Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital

Perspektif	<i>Learn and Growth</i>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium				
IKU	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveillans berbasis digital				
Definisi	Persentase fasyankes (laboratorium kesehatan masyarakat, puskesmas, klinik dan rumah sakit) yang telah terintegrasi dalam system informasi surveilans berbasis digital				
Formula	$\frac{\text{(Jumlah fasyankes yang terintegrasi system surveilans)}}{\text{Jumlah seluruh fasyankes}} \times 100$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Sub Bagian Evaluasi dan Pelaporan				
Sumber Data	Instalasi SIMRS				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				1 Sistem	1 Sistem

Tabel 49

Persentase Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

Perspektif	Keuangan				
Sasaran Strategis	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
IKU	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjuti Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan				
Definisi	Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK adalah rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah disampaikan kepada Kemenkes dalam Laporan Hasil Pemeriksaan yang ditandatangani oleh pejabat BPK dan tercatat dalam Hasil Pemantauan Semester (HAPSEM) BPK.				
Formula	$\frac{\text{Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti}}{\text{Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Akuntansi				
Sumber Data	Bagian Akuntansi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				92.5%	92.5%

Tabel 50
 Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU

Perspektif	Keuangan				
Sasaran Strategis	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
IKU	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU				
Definisi	Pendapatan adalah arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktivitas rumah sakit selama 1 (satu) periode yang mengakibatkan penambahan ekuitas bersih. Pendapatan yang berasal dari APBN/RM tidak diperhitungkan.				
Formula	Pendapatan = Pendapatan rawat jalan + Pendapatan rawat inap + Pendapatan layanan lainnya				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Anggaran				
Sumber Data	Bagian Anggaran				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				95%	95%

Tabel 51

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni

Perspektif	Keuangan				
Sasaran Strategis	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
IKU	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah Murni				
Definisi	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni				
Formula	$\frac{\text{(Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni)}}{\text{total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Anggaran				
Sumber Data	Bagian Anggaran				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				97%	97%

Tabel 52

Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU

Perspektif	Keuangan				
Sasaran Strategis	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
IKU	Persentase realisasi Anggaran bersumber Rupiah BLU				
Definisi	Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU				
Formula	(Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah BLU) x 100 %				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Anggaran				
Sumber Data	Bagian Anggaran				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				95%	95%

Tabel 53
Persentasi nilai EBITDA Margin

Perspektif	Keuangan				
Sasaran Strategis	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
IKU	Persentasi nilai EBITDA Margin				
Definisi	<p>EBITDA disebut juga Surplus atau Defisit Sebelum Bunga, Pajak, Depresiasi dan Amortisasi adalah pendapatan usaha dikurangi beban usaha diluar bunga, pajak, depresiasi dan amortisasi.</p> <p>EBITDA margin adalah perbandingan antara kinerja keuangan dari usaha atau pelayanan rumah sakit dengan Pendapatan rumah sakit.</p>				
Formula	EBITDA margin = (EBITDA dibagi Pendapatan) x 100%				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Akuntansi				
Sumber Data	Bagian Akuntansi				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				15%	15%

Tabel 54

Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)

Perspektif	Keuangan					
Sasaran Strategis	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan					
IKU	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)					
Definisi	<p>1. Pendapatan PNBPN merupakan pendapatan yang diperoleh sebagai imbalan atas barang/jasa yang diserahkan kepada masyarakat termasuk pendapatan yang berasal dari hibah, hasil kerjasama dengan pihak lain, sewa, jasa lembaga keuangan, dan lain-lain pendapatan yang tidak berhubungan secara langsung dengan pelayanan BLU, tidak termasuk pendapatan yang berasal dari APBN.</p> <p>2. Biaya Operasional merupakan seluruh biaya yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, yang terdiri dari belanja pegawai dan belanja barang, dan sumber dananya berasal dari penerimaan anggaran APBN dan pendapatan PNBPN Satker BLU</p>					
Formula	$(\text{Pendapatan PNBPN dibagi Biaya Operasional}) \times 100\%$					
Bobot IKU (%)	10%					
Person in Charge	Bagian Akuntansi					
Sumber Data	Laporan Keuangan					
Periode Pelaporan	Bulanan					
Target	2020	2021	2022	2023	2024	
	70%	73%	75%	75%	75%	