

**KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA**

# **RENCANA STRATEGIS BISNIS (RSB) TAHUN 2020 - 2024**

## **REVISI IV**



# **RSUP PROF. Dr. R. D. KANDOU MANADO**

# LEMBAR PENGESAHAN

## RENCANA STRATEGIS BISNIS TAHUN 2020 – 2024

### RSUP PROF. Dr. R. D. KANDOU

Disahkan di : Manado

Pada tanggal : Januari 2023

Oleh

Direktur Utama,



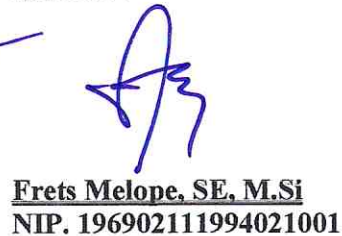
Dr. dr. Jimmy Panelewen, Sp.B – KBD  
NIP. 196408171991031004

Direktur Pelayanan Medik,  
Keperawatan dan Penunjang



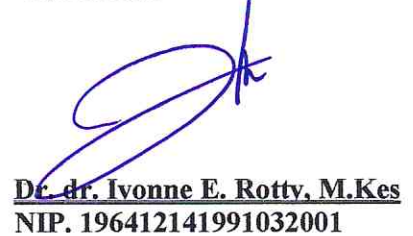
dr. Jehezkiel Panjaitan  
NIP. 197406162002121007

Plt. Direktur Perencanaan, Keuangan  
dan BMN



Frets Melope, SE, M.Si  
NIP. 196902111994021001

Direktur SDM, Pendidikan  
dan Umum



Dr. dr. Ivonne E. Rottv, M.Kes  
NIP. 196412141991032001

**LEMBAR PENGESAHAN**

**RENCANA STRATEGIS BISNIS**

**TAHUN 2020 – 2024**

**RSUP PROF. Dr. R. D. KANDOU**

**Disahkan di : Manado**

**Pada tanggal : Januari 2023**

**KETUA**



Drg. Kartini Rustandi, M.Kes

**ANGGOTA**



Prof. Dr. Ir. Ellen J. Kumaat, M.Sc, DEA, IPU



Ratih Hapsari Kusumawardani, S.Si, M.A, M.T



Dr. Anas Maraf, MKM



Arif Bintarto Yuwono, S.Sos, M.M

## DAFTAR ISI

### Halaman

#### KATA PENGANTAR

BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Resume Renstra Kementerian Kesehatan	1
1.2 Visi dan Misi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado	2
1.3 Tujuan Sasaran Strategis Bisnis	2
BAB II. ANALISIS DAN STRATEGI	4
2.1 Evaluasi Kinerja RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado	4
2.2 Analisis SWOT	8
2.3 Inisiatif Strategis	11
BAB III. RENCANA STRATEGIS BISNIS 5 TAHUN	13
3.1 Program Kementerian Kesehatan	13
3.2 Strategi Bisnis RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado	14
3.3 Kegiatan dan Indikator	15
BAB IV. PENUTUP	32
LAMPIRAN	33
1. Target dan Capaian IKU Tahun 2020-2024	30
2. Gambaran Satuan Kerja	36
3. Kamus IKU	47
4. Proyeksi Keuangan	103

## DAFTAR TABEL

	<b>Halaman</b>
Tabel 1.1 Tujuan Sasaran Strategis Bisnis_____	2
Tabel 2.1 Analisa Kekuatan / <i>Strength</i> _____	8
Tabel 2.2 Analisa Kelemahan / <i>Weaknesses</i> _____	9
Tabel 2.3 Analisa Peluang / <i>Opportunity</i> _____	9
Tabel 2.4 Analisa Ancaman / <i>Threat</i> _____	10
Tabel 2.5 Sasaran Strategis Beserta Risiko_____	11
Tabel 3.1 Matriks IKU_____	15

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Halaman</b>
Gambar 2.1 Posisi Organisasi Berdasarkan SWOT_____	10
Gambar 3.1 Peta Strategis_____	14

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke Hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa, atas tuntunan dan penyertaan-Nya maka Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020-2024 RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado dapat disusun sesuai dengan pedoman yang ada.

Rencana Strategis Bisnis memberikan arti penting dalam menentukan arah dan kebijakan untuk menetapkan tujuan yang akan dicapai dalam 5 (lima) tahun kedepan yang dijabarkan dalam sasaran strategis dan program kerja strategi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

Rencana Strategis Bisnis RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou ini disusun dengan pendekatan *Balanced Score Card* yaitu sebuah kerangka konseptual yang amat bermanfaat untuk menterjemahkan strategi rumah sakit.

Sebagai unit Pelaksana Teknis Kementerian Kesehatan RI yang menerapkan pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), maka RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado diharuskan membuat Rencana Strategis Bisnis sebagai acuan dalam penyusunan rencana kerja tahunan yang dituangkan dalam dokumen kerja Rencana Strategis Bisnis dan Anggaran (RBA).

Kami harapkan Rencana Strategis Bisnis (RSB) tahun 2020-2024 ini dapat menjadi acuan dan pedoman kerja yang dapat diwujudkan dengan sebaik-baiknya dalam rangka melaksanakan program strategis dan penetapan target kinerja RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.

Manado, Januari 2023  
Direktur Utama,



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

# BAB I

## PENDAHULUAN

---

### 1.1 Resume Renstra Kementerian Kesehatan

#### a. Visi

Kementerian Kesehatan menjabarkan visi Presiden di bidang kesehatan yaitu **“Menciptakan Manusia yang Sehat, Produktif, Mandiri, dan Berkeadilan.”**

#### b. Misi

Kementerian Kesehatan telah menjabarkan Misi Presiden Tahun 2020-2024, sebagai berikut :

1. Meningkatkan Kesehatan Reproduksi, Ibu, Anak dan Remaja
2. Perbaiki Gizi Masyarakat
3. Meningkatkan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
4. Pembudayaan GERMAS
5. Memperkuat Sistem Kesehatan

#### c. Tujuan Kementerian Kesehatan

1. Terwujudnya Pelayanan Kesehatan Primer yang Komprehensif dan Berkualitas, serta Penguatan Pemberdayaan Masyarakat;
2. Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas;
3. Terciptanya Sistem Ketahanan Kesehatan yang Tangguh;
4. Terciptanya Sistem Pembiayaan Kesehatan yang Efektif, Efisien dan Berkeadilan;
5. Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan;
6. Terbangunnya Tata Kelola, Inovasi, dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif.

## 1.2 Visi dan Misi RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado

### a. Visi

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

### b. 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.

## 1.3 Tujuan Sasaran Strategis Bisnis RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou

Tabel 1.1  
Tujuan Sasaran Strategis Bisnis

TUJUAN		SASARAN STRATEGIS	
1	<b>Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan Yang Berkualitas</b>	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	Terselenggaranya pelayanan Centre Of Excellent di RS vertikal secara optimal
2	<b>Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan</b>	7	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas
3	<b>Terbangunnya tata kelola, inovasi dan teknologi kesehatan yang berkualitas dan efektif</b>	8	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti



		9	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik
		10	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit
		11	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium
		12	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan

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

**2.1 Evaluasi Kinerja BLU**

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja		2015		2016		2017		2018		2019	
				Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi	Target	Realisasi
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Terwujudnya Kepuasan Stakeholder	1	Tingkat kepuasan pasien	75%	80%	85%	77.15%	85%	82.67%	85%	88.54%	85%	90.89%
		2	Tingkat penilaian kinerja BLU	70%	77.05%	72%	79.15	74%	82.80%	76%	79.35%	80%	82.11%
2	Terwujudnya mutu pendidikan, penelitian melalui kolaborasi riil antara FK dan RS	3	Jumlah peserta P3D yang lulus dari kepanitraan	80%	22%	80%	61%	500	615	80%	57.48%	80%	87.30%
		4	Dokumen penelitian yang dipublikasikan	2 Dokumen	9 Dokumen	4 Dokumen	9 Dokumen	6 Dokumen	13 Dokumen	15 Dokumen	10 Dokumen	10 Dokumen	22 Dokumen
3	Terwujudnya kerjasama dengan RS Pendidikan di Nasional dan Internasional	5	Jumlah kerjasama dengan RS Pendidikan yang bermutu di Nasional dan Internasional	4 RS	3RS	5 RS	3 RS	5 RS	5 RS	5 RS	5 RS	8 RS	8 RS
4	Terwujudnya implementasi dan optimalisasi	6	Keteraturan jadwal pembimbingan klinik oleh	2 / bulan	2/ bulan	2 / bulan	2/ bulan	2/Bulan	4/Bulan	9 / Bulan	4 / Bulan	2 / Bulan	4/Bulan

	MOU FK dan RS		dokter spesialis di RS Jejaring										
5	Terwujudnya Supervisi Implementasi Fungsi Pendidikan di RS Jejaring JCI	7	Jumlah MOU antara Dekan FK, Direktur Utama RSUP & Direktur RSUD dalam propinsi dan luar propinsi	15 RSUD	15 RSUD	17 RSUD	23 RS	21RSU	23RSU	23 RSU	27 RSU	20 RSU	23 RSU
		8	Prosentase pelayanan rujukan penyakit tingkat keparahan dua dan tiga	45%	35%	50%	29%	55%	70%	60%	66%	65%	75%
6	Terwujudnya Pelayanan Sub Spesialis Medik dan Keperawatan yang Luas dan Unggul	9	Perkembangan jenis pelayanan sub spesialis dan tenaga sub spesialis medik dan keperawatan	- Sub spesialis interna, Obsgyn, Bedah, Pediatri, dan Spesialis Anastesi - Keperawatan manajemen	Sub spesialis interna, Obsgyn, Bedah, Pediatri	- Sub spesialis mata, kulit dan kelamin, dan Spesialis THT - Keperawatan bedah	- Sub spesialis mata, kulit dan kelamin, dan	- Sub spesialis saraf dan bedah thoraks kardiovaskuler	- Sub spesialis saraf, subspesialis mata, bedah thoraks kardiovaskuler	- Sub Spesialis THT, Gigi dan Mulut - Bedah Vaskuler - Keperawatan Anak	- Sub Spesialis Gigi dan Mulut - Bedah Vaskuler	Keperawatan Anak	Keperawatan Anak

7	Terwujudnya Pelayanan Prima melalui Sertifikasi KARS Nasional dan Akreditasi Internasional.	10	Sertifikasi akreditasi versi 2012 dan JCI	Versi 2012	Tercapainya akreditasi versi 2012	KARS NASIONAL (Terealisasi)	KARS NASIONAL (Terealisasi)	JCI	MOCK Survey JCI dan Re-Akreditasi KARS Internasional	Re-Akreditasi KARS dengan SNARS edisi 1 dan JCI	Terakreditasi Internasional	Akreditasi Internasional	SNARS Internasional
8	Terwujudnya Budaya Pelayanan yang Berfokus pada Pasien	11	Ketaatan dokter terhadap waktu <i>visite</i> pasien	100%	100%	100%	100%	100%	96.13%	100%	97.91%	100%	99.95%
9	Terwujudnya Penerapan Pengendalian Mutu Pelayanan	12	Persentase kepatuhan <i>clinical pathway</i>	90%	100%	95%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		13	Tercapainya indikator peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)	80%	37%	85%	46.3	85%	32.20%	85%	26.60%	85%	96.48%
10	Terwujudnya Inovasi Layanan Baru	14	Kecepatan distribusi logistik	< 30 menit	< 25 menit	< 25 menit	15 menit	< 20 Menit	15 menit	< 15 Menit	< 10 menit	< 15 Menit	15 menit
11	Terwujudnya Peningkatan Sarana Prasarana	15	Jumlah KSO peralatan medik canggih dan non medik	8 KSO	8 KSO	9 KSO	9 KSO	9 KSO	9 KSO	9 KSO	9 KSO	9 KSO	9 KSO

	Gedung Peralatan Medik Canggih dan Logistik	16	Tingkat kehandalan sarana dan prasana (CEE)	80%	98.70%	80%	78%	80%	80%	80%	80.40%	80%	80.58%
12	Terwujudnya SDM yang Kompeten	17	Pelatihan karyawan lebih dari 20 jam/orang/tahun	80%	100%	90%	50%	90%	97%	80%	88.41%	90%	90.89%
		18	Jumlah diklat teknis dokter, perawat dan penunjang	61 kgt	88 Kgt	67 kgt	65 Kgt	70 Kegiatan	98 Kegiatan	80 Kegiatan	12 Kegiatan	80 Kegiatan	99 Kegiatan
		19	Penerapan <i>reward</i> dan <i>punishment</i>	Program dilaksanakan	Program dilaksanakan	Program dilaksanakan	Program dilaksanakan	Program Dilaksanakan	Program dilaksanakan	Program Dilaksanakan	Program Dilaksanakan	Program Dilaksanakan	Program Dilaksanakan
13	Terwujudnya SIRS yang Akurat	20	Pengembalian rekam medik lengkap dalam 24 jam	75%	77.40%	80%	88.98%	85%	81.62%	80%	83.15%	95%	82.24%
14	Terwujudnya Peningkatan Pendapatan	21	Persentase peningkatan pendapatan	20%	22.96%	10%	19.40%	10%	21.41%	10%	19.47%	10%	0%
15	Terwujudnya Efisiensi Pembiayaan	22	Persentase <i>cost recovery</i> (POBO)	48.38%	77.45%	75%	71%	65%	81.87%	67%	102.2	65%	88.18%

## 2.2 Analisis 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 2.1  
Analisa Kekuatan / *Strenght*

NO	KOMPONEN SWOT	FAKTOR	BOBOT	RATING	NILAI	KET
<b>KEKUATAN (<i>STRENGHT</i>)</b>						
<b>1</b>	<b><i>PELAYANAN</i></b>	<b>0.40</b>				<b>34</b>
	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	
<b>2</b>	<b><i>SDM, PENDIDIKAN, PENELITIAN DAN UMUM</i></b>	<b>0.40</b>				<b>32</b>
	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	
<b>3</b>	<b><i>PERENCANAAN, KEUANGAN DAN BMN</i></b>	<b>0.20</b>				<b>15.5</b>
	Tersedianya SIRS (Sistem Info Rumah Sakit) Mandiri		0.05	80	4	
	Ketersediaan peralatan medik dan penunjang medik canggih (kamar operasi dan ruang intensif)		0.10	80	8	
	Penerapan sistem aplikasi akuntansi keuangan dan SIMAKBMN		0.05	70	3.5	
<b>J U M L A H</b>						<b>81.5</b>

Tabel 2.2  
Analisa Kelemahan / *Weaknesses*

NO	KOMPONEN SWOT	FAKTOR	BOBOT	RATING	NILAI	KET
<b>KELEMAHAN (WEAKNESSES)</b>						
<b>1.</b>	<b>PELAYANAN</b>	<b>0.20</b>				<b>16</b>
	Kepatuhan pengisian kelengkapan rekam medis belum maksimal		0.20	80	16	
<b>2.</b>	<b>SDM, PENDIDIKAN, PENELITIAN DAN UMUM</b>	<b>0.80</b>				<b>58</b>
	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	
	Kepatuhan penginputan rencana kebutuhan secara <i>bottom-up</i> belum dilaksanakan secara optimal		0.30	70	21	
<b>J U M L A H</b>						<b>74</b>

Tabel 2.3  
Analisa Peluang / *Opportunity*

NO	KOMPONEN SWOT	FAKTOR	BOBOT	RATING	NILAI	KET
<b>PELUANG ( OPPORTUNITY )</b>						
<b>1.</b>	<b>PELAYANAN</b>	<b>0.40</b>				<b>31</b>
	Provinsi geostrategis di bibir pasifik dan tujuan wisata dan MICE		0.20	80	16	
	Adanya JKN		0.10	80	8	
	Adanya RS jejaring		0.10	70	7	
<b>2.</b>	<b>SDM, PENDIDIKAN, PENELITIAN DAN UMUM</b>	<b>0.30</b>				<b>22</b>
	Adanya era digital 4.0		0.05	60	6	
	KSO peralatan medik dan penunjang canggih		0.10	80	6	
	Rumah sakit tipe A dan rujukan nasional		0.15	90	10	
<b>3.</b>	<b>PERENCANAAN, KEUANGAN DAN BMN</b>	<b>0.30</b>				<b>21</b>
	Kerjasama dengan layanan asuransi swasta untuk meningkatkan pendapatan RS		0.30	70	21	
<b>J U M L A H</b>						<b>74</b>

Tabel 2.4  
Analisa Ancaman / Threat

NO	KOMPONEN SWOT	FAKTOR	SUB FAKTOR	RATING	NILAI	KET
<b>ANCAMAN (THREAT)</b>						
<b>1.</b>	<b>PELAYANAN</b>	<b>0.40</b>				<b>27</b>
	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	
<b>2.</b>	<b>SDM, PENDIDIKAN, PENELITIAN DAN UMUM</b>	<b>0.30</b>				<b>21</b>
	Adanya rumah sakit swasta yang bertambah		0.15	70	10.5	
	Tuntutan profesionalisme semakin tinggi		0.15	70	10.5	
<b>3.</b>	<b>PERENCANAAN, KEUANGAN DAN BMN</b>	<b>0.30</b>				<b>21</b>
	Target pendapatan rumah sakit yang tidak tercapai		0.30	70	21	
<b>J U M L A H</b>						<b>69</b>

Gambar 2.1  
Posisi Organisasi Berdasarkan Analisis SWOT

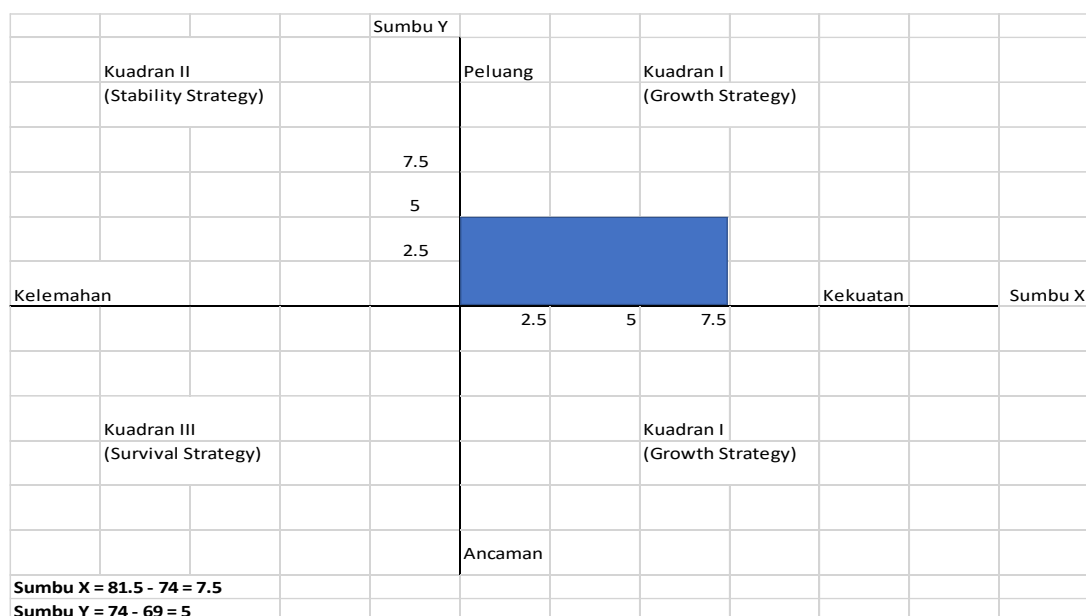




Diagram posisi organisasi berdasarkan analisis SWOT memperlihatkan RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado berada pada kuadran I (*growth strategy*) yakni posisi sumbu (x) 7.5 dan sumbu (y) 5. Dengan melihat posisi ini, RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado memfokuskan arah pengembangan di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan (*growth*). Artinya, melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pengembangan layanan sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi dan SDM.

### 2.3 Inisiatif Strategis

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

Tabel 2.5  
Sasaran Strategis beserta Risiko

No.	Sasaran Strategis	Risiko
<b>Perspektif Konsumen</b>		
1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	Masih kurangnya tindak lanjut pengaduan pelanggan serta belum terlaksananya pengembangan layanan
2	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	Pelaksanaan penanganan belum sesuai SPO
<b>Perspektif Learn and Growth</b>		
3	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
4	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4	Belum terlaksananya program pengampunan kepada rumah sakit terkait
5	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	Pemeliharaan fasilitas sarana, prasarana, dan alat kesehatan tidak dilakukan secara optimal
6	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	Belum terlaksananya layanan penyakit prioritas
7	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	Belum adanya sistem informasi berbasis digital sehingga data surveilans masih dikirimkan secara manual
<b>Perspektif Proses Bisnis Internal</b>		
8	Terselenggaranya pelayanan Centre Of Excellent di RS vertikal secara optimal	Fasilitas parkir belum tertata dengan baik serta pelayanan kepada pasien yang tidak optimal

9	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
10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	Masih tingginya jumlah kematian pasien di rumah sakit
11	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	Belum optimalnya pelaksanaan audit medis pada masing-masing layanan penyakit prioritas
12	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	Belum optimalnya pelayanan unggulan VVIP
<b>Perspektif Keuangan</b>		
13	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan	Tidak efektif dan efisien Pembiayaan

**BAB III**  
**RENCANA STRATEGIS BISNIS RSUP PROF. Dr. R. D. KANDOU MANADO**  
**TAHUN 2020 - 2024**

---

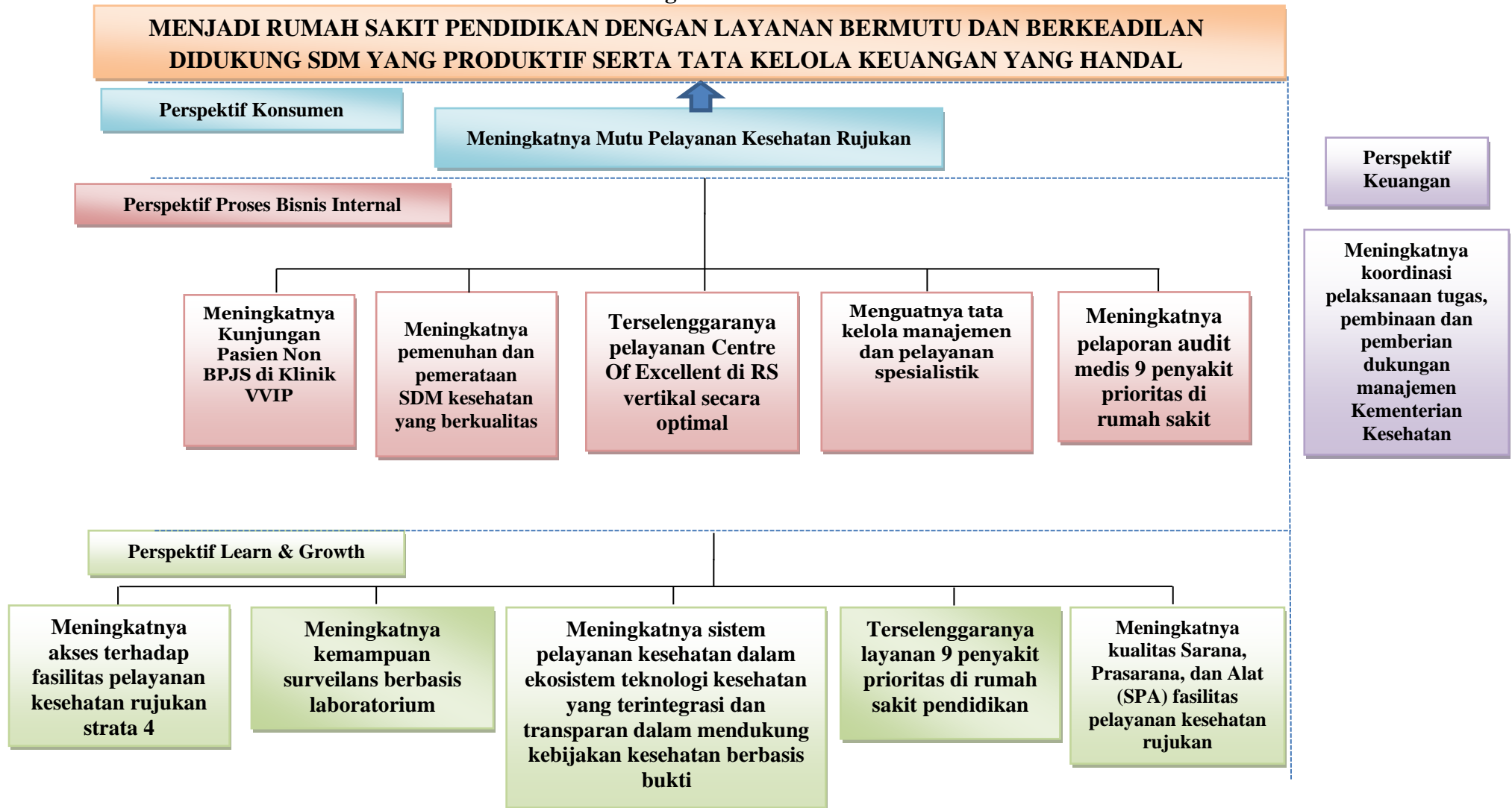
**3.1 Program Kementerian Kesehatan**

Kementerian Kesehatan telah menetapkan 6 (enam) Tujuan Strategis, yang dijabarkan menjadi 17 (tujuh belas) Sasaran Strategis, dalam menjalankan pembangunan kesehatan 2020-2024, sebagai berikut :

1. Menguatnya promotif preventif di FKTP melalui UKBM dan pendekatan keluarga
2. Terpenuhinya sarana, prasarana, obat, BMHP, dan alat kesehatan pelayanan kesehatan primer
3. Menguatnya tata kelola manajemen pelayanan dan kolaborasi publik-swasta
4. Terpenuhinya sarana prasarana, alat kesehatan, obat, dan bahan medis habis pakai (BMHP) pelayanan kesehatan rujukan
5. Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialisik
6. Menguatnya dan terdistribusinya mutu RS, layanan unggulan, dan pengembangan layanan lain
7. Menguatnya produksi alat kesehatan, bahan baku obat, obat, obat tradisional, dan vaksin dalam negeri
8. Menguatnya surveilans yang adekuat
9. Menguatnya sistem penanganan bencana dan kedaruratan kesehatan
10. Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif
11. Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)
12. Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas
13. Meningkatnya kompetensi dan sistem pendidikan pelatihan SDM kesehatan
14. Meningkatnya sistem pembinaan jabatan fungsional dan karier SDM kesehatan
15. Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti
16. Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti
17. Meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik

### 3.2 Strategi Bisnis BLU

Gambar 3.1 Peta Strategis RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou 2020-2024



### 3.3 Kegiatan dan Indikator

**Tabel 3.1**  
**MATRIKS INDIKATOR KINERJA UTAMA**

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
<b>Tersedianya Pelayanan Kesehatan Rujukan yang Berkualitas</b>	1	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	1	Indeks Kepuasan Masyarakat	80%	85%
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penanganan keluhan</li> <li>- Survey kepuasan pasien</li> <li>- Tindak lanjut pencapaian kinerja yang rendah</li> <li>- Pertemuan rutin dengan stakeholder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penanganan keluhan</li> <li>- Survey kepuasan pasien</li> <li>- Tindak lanjut pencapaian kinerja yang rendah</li> <li>- Pertemuan rutin dengan stakeholder</li> </ul>
	2	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan	2	Jenis dan Jumlah Pengembangan Layanan	6 Layanan	6 Layanan
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Layanan Bedah Vaskular (Brand Layanan)</li> <li>- Layananan Uro Nefrologi</li> <li>- Layanan Stroke</li> <li>- Layanan Eksekutif</li> <li>- Pengembangan Layanan Kardio Vaskular Anak</li> <li>- Pengembangan Layanan Pediatric Intensive Care Unit (PICU) dan Neonatal Intensive Care Unit (NICU)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Layanan Bedah Vaskular (Brand Layanan)</li> <li>- Layanan Geriatri Terpadu</li> <li>- Layanan Rehabilitasi Medik</li> <li>- Layanan transplantasi organ</li> <li>- Pengembangan Layanan Kanker</li> <li>- Layanan RETCAM</li> </ul>
	2	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	3	Kepatuhan kebersihan tangan	≥90%	≥90%
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi dan audit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi dan audit</li> </ul>
2	Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan rujukan	4	Kepatuhan penggunaan APD	100%	100%	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi dan audit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edukasi dan audit</li> </ul>	

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			5	Kepatuhan identifikasi pasien	100%	100%
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemasangan gelang identitas pada pasien sesuai SPO</li> <li>- Petugas kesehatan memastikan gelang pasien tetap terpasang mulai dari pasien masuk sampai pasien pulang.</li> <li>- Pelabelan identifikasi pasien pada obat-obatan termasuk cairan infus dan lain-lain sesuai kebutuhan pasien.</li> <li>- Pelabelan identifikasi pasien pada menu diet pasien tempat makan.</li> <li>- Pelabelan identifikasi pasien pada setiap hasil pemeriksaan penunjang.</li> <li>- Melakukan identifikasi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan pemasangan gelang sesuai SPO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemasangan gelang identitas pada pasien sesuai SPO</li> <li>- Petugas kesehatan memastikan gelang pasien tetap terpasang mulai dari pasien masuk sampai pasien pulang.</li> <li>- Pelabelan identifikasi pasien pada obat-obatan termasuk cairan infus dan lain-lain sesuai kebutuhan pasien.</li> <li>- Pelabelan identifikasi pasien pada menu diet pasien tempat makan.</li> <li>- Pelabelan identifikasi pasien pada setiap hasil pemeriksaan penunjang.</li> <li>- Melakukan identifikasi pasien yang tidak memungkinkan dilakukan pemasangan gelang sesuai SPO</li> </ul>	
			6	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi	≥80%	≥80%
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penguatan koordinasi pelayanan dan Waktu tunggu sectio ≤ 30 menit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penguatan koordinasi pelayanan dan Waktu tunggu sectio ≤ 30 menit</li> </ul>	

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			7	Waktu tunggu rawat jalan	≥80%	≥80%
					- Sosialisasi penggunaan sistem pendaftaran online	- Sosialisasi penggunaan sistem pendaftaran online
			8	Pelaporan hasil kritis laboratorium	100%	100%
					- Optimalisasi pelaporan hasil kritis Laboratorium - Evaluasi - Penyiapan sarana pelaporan	- Optimalisasi pelaporan hasil kritis Laboratorium - Evaluasi - Penyiapan sarana pelaporan
			9	Kepatuhan penggunaan formularium nasional	≥90%	≥90%
					- Sosialisasi Formularium Nasional - Evaluasi	- Sosialisasi Formularium Nasional - Evaluasi
			10	Kepatuhan terhadap alur klinis (clinical pathway)	≥85%	100%
					- Ketua KSM dan Kepala Ruang melakukan monitoring dan evaluasi pengisian CP oleh MPP - KI rekam medis melakukan monitoring dan evaluasi ketersediaan formulir CP di dalam ERM - MPP memastikan proses asuhan pasien sesuai dengan CP yang berlaku, kecuali ditemukan adanya varian, akan tercatat sebagai varian.	- Ketua KSM dan Kepala Ruang melakukan monitoring dan evaluasi pengisian CP oleh MPP - KI rekam medis melakukan monitoring dan evaluasi ketersediaan formulir CP di dalam ERM - MPP memastikan proses asuhan pasien sesuai dengan CP yang berlaku, kecuali ditemukan adanya varian, akan tercatat sebagai varian.

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			11	Kepatuhan upaya pencegahan risiko pasien jatuh	100%	100%
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan asesmen risiko jatuh kepada setiap pasien rawat mulai dari rawat jalan ruang perawatan lainnya.</li> <li>- Perawat melakukan reassesmen risiko jatuh sesuai SPO</li> <li>- Mendokumentasikan hasil asesmen dalam ERM</li> <li>- Melakukan upaya pencegahan risiko jatuh sesuai hasil asesmen risiko jatuh yang ada di dalam SPO</li> <li>- Melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien terkait risiko jatuh dan upaya pencegahannya dan terdokumentasi di dalam EMR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaksanakan asesmen risiko jatuh kepada setiap pasien rawat mulai dari rawat jalan ruang perawatan lainnya.</li> <li>- Perawat melakukan reassesmen risiko jatuh sesuai SPO</li> <li>- Mendokumentasikan hasil asesmen dalam ERM</li> <li>- Melakukan upaya pencegahan risiko jatuh sesuai hasil asesmen risiko jatuh yang ada di dalam SPO</li> <li>- Melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga pasien terkait risiko jatuh dan upaya pencegahannya dan terdokumentasi di dalam EMR</li> </ul>
			12	Kecepatan waktu tanggap komplain	≥80%	≥80%
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cepat tanggap komplain berdasarkan standart waktu tanggap komplain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cepat tanggap komplain berdasarkan standart waktu tanggap komplain</li> </ul>



TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			13	Laporan dan pencapaian bulanan Insiden keselamatan pasien dengan target kejadian sentinel nol	12 Laporan	12 Laporan Sentinel 0%
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengukuran indikator mutu insiden pasien jatuh</li> <li>- Komite Mutu melakukan edukasi dan monitoring secara terus menerus kepada para petugas rs untuk pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai SPO</li> <li>- Monev dari Kepala Instalasi dan Kepala Ruangan terhadap pembuatan dan penyerahan laporan insiden keselamatan pasien sesuai SPO</li> <li>- Menginformasikan kronologis kejadian pasien jatuh kepada unit lain pada apel keperawatan sebagai bahan pembelajaran.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pengukuran indikator mutu insiden pasien jatuh</li> <li>- Komite Mutu melakukan edukasi dan monitoring secara terus menerus kepada para petugas rs untuk pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai SPO</li> <li>- Monev dari Kepala Instalasi dan Kepala Ruangan terhadap pembuatan dan penyerahan laporan insiden keselamatan pasien sesuai SPO</li> <li>- Menginformasikan kronologis kejadian pasien jatuh kepada unit lain pada apel keperawatan sebagai bahan pembelajaran.</li> </ul>	

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
	3	Meningkatnya akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan rujukan strata 4	14	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Uro-Nefrologi	<b>4 RS</b> <b>RSUP Ratatotok Buyat;</b> <b>RSUD Prov. Sulut;</b> <b>RSUP Dr. J. Leimena;</b> <b>RSU Dr. Haulussy Ambon</b>	<b>3 RS</b> <b>RSUP Bitung;</b> <b>RSUD Masohi;</b> <b>RSUD Karel Sadsuitubun</b>
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu</li> <li>- Melaksanakan kegiatan pengampuan terhadap 4 RS yang ditetapkan sebagai mentor</li> <li>- Evaluasi progress kegiatan oleh 4 RS yang ditunjuk sebagai mentor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu</li> <li>-Melaksanakan kegiatan pengampuan terhadap 3 RS yang ditetapkan</li> <li>-Evaluasi progress kegiatan oleh 3 RS yang ditunjuk</li> </ul>

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			15	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Stroke	<b>3 RS</b> <b>RSUD Prov. Sulut;</b> <b>RSUD Prof. Aloei Sabu;</b> <b>RSUD Amurang</b>	<b>3 RS</b> <b>RSUD Bitung;</b> <b>RSUD Undata Palu;</b> <b>RSUD Prof Sulbar</b>
					- Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu - Melaksanakan kegiatan pengampuan terhadap 3 RS yang ditetapkan sebagai mentor - Evaluasi progress kegiatan oleh 3 RS yang ditunjuk sebagai mentor	-Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu -Melaksanakan kegiatan pengampuan terhadap 3 RS yang ditetapkan -Evaluasi progress kegiatan oleh 3 RS yang ditunjuk

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			16	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Kanker	<b>5 RS</b> <b>RSUP Ratatotok Buyat;</b> <b>RSUD Prov. Sulut;</b> <b>RSUD Prof. Aloe Saboe;</b> <b>RSUP Dr. J. Leimena;</b> <b>RSUD Dr. H. Chacsan Boesoire Ternate</b>	<b>3 RS</b> <b>RSUD Tani Nelayan;</b> <b>RSUD Otanaha;</b> <b>RSUD Tobelo</b>
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu</li> <li>- Melaksanakan kegiatan pengampunan terhadap 5 RS yang ditetapkan sebagai mentor</li> <li>- Evaluasi progress kegiatan oleh 5 RS yang ditunjuk sebagai mentor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu</li> <li>-Melaksanakan kegiatan pengampunan terhadap 3 RS yang ditetapkan</li> <li>-Evaluasi progress kegiatan oleh 3 RS yang ditunjuk</li> </ul>

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			17	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Kardiovaskular	<b>3 RS</b> <b>RSUP Ratatotok Buyat;</b> <b>RSUD Prov. Sulut;</b> <b>RSUD Dr. H. Chacsan Boesoire Ternate</b>	<b>3 RS</b> <b>RS Datoe Binangbang;</b> <b>RSUD Jailolo;</b> <b>RSUD Tobelo</b>
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu</li> <li>- Melaksanakan kegiatan pengampuan terhadap 3 RS yang ditetapkan sebagai mentor</li> <li>- Evaluasi progress kegiatan oleh 3 RS yang ditunjuk sebagai mentor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu</li> <li>-Melaksanakan kegiatan pengampuan terhadap 3 RS yang ditetapkan</li> <li>-Evaluasi progress kegiatan oleh 3 RS yang ditunjuk</li> </ul>

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			18	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas Maternal neonatal	<b>3 RS</b> <b>RSUD Prov. Sulut;</b> <b>RSUD Prof. Aloi Saboe;</b> <b>RSUP Dr. H. Cahsan Boesoire Ternate</b>	<b>3 RS</b> <b>RSUD Tani Nelayan;</b> <b>RSUD Otanaha;</b> <b>RSUD Tobello</b>
					- Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu - Melaksanakan kegiatan pengampunan terhadap 3 RS yang ditetapkan sebagai mentor - Evaluasi progress kegiatan oleh 3 RS yang ditunjuk sebagai mentor	-Terlaksananya Perjanjian Kerja Sama dengan stakeholder yang diampu -Melaksanakan kegiatan pengampunan terhadap 3 RS yang ditetapkan -Evaluasi progress kegiatan oleh 3 RS yang ditunjuk
			19	Terselenggaranya stratifikasi paripurna di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou	1 Stratifikasi	1 Stratifikasi
	4	Meningkatnya kualitas Sarana, Prasarana, dan Alat (SPA) fasilitas pelayanan kesehatan rujukan	20	Persentase Pemenuhan Sarana, Prasarana dan Alat (SPA)	95%	95%
					- Daftar alat medik di Laboratorium - Standar SPA Laboratorium Rumah Sakit tipe A	- Daftar alat medik di Laboratorium - Standar SPA Laboratorium Rumah Sakit tipe A

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
	5	Meningkatnya Kunjungan Pasien Non BPJS di Klinik VVIP	21	Tersedianya pelayanan unggulan VVIP	1 Layanan	1 Layanan
					- Penguatan poli eksekutive dan ruang rawat inap eksekutive serta fasilitas penunjang ( laboratorium, radiologi )	- Penguatan poli eksekutive dan ruang rawat inap eksekutive serta fasilitas penunjang ( laboratorium, radiologi )
			22	Persentase peningkatan kunjungan pasien di pelayanan unggulan VVIP	10%	10%
					- Peningkatan PKS dengan pihak asuransi dan promosi branding RS	- Peningkatan PKS dengan pihak asuransi dan promosi branding RS
	6	Terselenggaranya layanan 9 penyakit prioritas di rumah sakit pendidikan	23	Jumlah layanan penyakit prioritas minimal strata utama	1 layanan	1 layanan
					- Peningkatan pelayanan pada penyakit prioritas sesuai dengan standart dan target	- Peningkatan pelayanan pada penyakit prioritas sesuai dengan standart dan target
	7	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal	24	Terselenggaranya Layanan Unggulan bertaraf Internasional	1 Layanan	1 Layanan
					- MOU dengan RS International	- MOU dengan RS International dan Sharing case
			25	Ketersediaan fasilitas parkir sesuai standar	≥ 70%	≥ 70%
					- Penambahan titik parkir - Koordinasi dengan APS untuk titik perparkiran	- Penataan area parkir - Koordinasi dengan APS untuk titik perparkiran

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			26	Tingkat kepuasan pasien terhadap Pelayanan Kesehatan	≥ 80%	≥ 80%
					- Survey kepuasan pasien - Laporan survey	- Survey kepuasan pasien - Laporan survey
			27	Waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang	≥ 80%	≥ 80%
					- Sosialisasi sistem pendaftaran online penguatan sistem terintegrasi farmasi	- Sosialisasi sistem pendaftaran online penguatan sistem terintegrasi farmasi
			28	Penundaan waktu Operasi Elektif	≤ 3%	≤ 3%
					- Penguatan peri operative dan komitmen SDM terkait	- Penguatan peri operative dan komitmen SDM terkait
			29	Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik	≥ 80%	≥ 80%
					- Peningkatan kedisiplinan pemberi pelayanan	- Peningkatan kedisiplinan pemberi pelayanan
			30	Ketepatan waktu visite dokter untuk pasien rawat inap	≥ 80%	≥ 80%
					- Peningkatan kedisiplinan pemberi pelayanan	- Peningkatan kedisiplinan pemberi pelayanan
			31	Tercapainya target indikator klinis layanan prioritas KJSU	1 Indikator untuk setiap layanan	1 Indikator untuk setiap layanan
					- Sosialisasi indikator klinis dan target serta melakukan monitoring evaluasi berkala	- Sosialisasi indikator klinis dan target serta melakukan monitoring evaluasi berkala
			32	Waktu tunggu operasi elektif	≤ 48 jam	≤ 48 jam
					- Penguatan peri operative	- Penguatan peri operative



TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN				
					2023	2024			
			33	Emergency Respon time 2	≤ 120 Menit	≤ 120 Menit			
					- Waktu tunggu sectio ≤ 30 menit	- Waktu tunggu sectio ≤ 30 menit			
			34	Waktu tunggu hasil pemeriksaan foto thorax elektif ≤ 3 Jam	≤ 3 jam	≤ 3 jam			
					- Penerapan Clinical Pathway dan PPK - Optimalisasi PACS	- Penerapan Clinical Pathway dan PPK - Optimalisasi PACS			
			35	Waktu Tanggap operasi sectio cesarea darurat dalam waktu kurang atau sama dengan 30 menit	≤ 30 Menit	≤ 30 Menit			
					- Penguatan koordinasi pelayanan dan Waktu tunggu sectio ≤ 30 menit	- Penguatan koordinasi pelayanan dan Waktu tunggu sectio ≤ 30 menit			
			36	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%			
					- Monitoring kepatuhan pengisian RME terintegrasi	- Monitoring kepatuhan pengisian RME terintegrasi			
			<b>Terpenuhinya SDM Kesehatan yang Kompeten dan Berkeadilan</b>	8	Meningkatnya pemenuhan dan pemerataan SDM kesehatan yang berkualitas	37	Jumlah kerjasama dengan Institusi Pendidikan	20 Dokumen	22 Dokumen
								- Membentuk jejaring dengan institusi Pendidikan, Rumah Sakit dan Faskes tkt 1	- Membentuk jejaring dengan institusi Pendidikan, Rumah Sakit dan Faskes tkt 1

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			38	Jumlah kerjasama dengan rumah sakit jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri	18 Dokumen	20 Dokumen
					- Melaksanakan kerja sama di bidang Pendidikan dan penelitian dengan institusi	- Melaksanakan kerja sama di bidang Pendidikan dan penelitian dengan institusi
			39	Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui fellowship	80%	85%
					- Pelaksanaan Kegiatan Kompetensi Melalui Fellowship	- Pelaksanaan Kegiatan Kompetensi Melalui Fellowship
			40	Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan inhouse	80%	85%
					- Pelatihan Inhouse	-Pelatihan Inhouse
41	Terlaksananya peningkatan kompetensi pegawai melalui pelatihan exhouse training	35%	40%			
		- Pelatihan Exhouse	- Pelatihan Exhouse			
42	Jumlah publikasi penelitian pada jurnal ilmiah Nasional/Internasional	70 Dokumen	75 Dokumen			
		- Publikasi Jurnal penelitian berbasis nasional dan Internasional	- Publikasi Jurnal penelitian berbasis nasional dan Internasional			
<b>Terbangunnya Tatakelola, Inovasi dan Teknologi Kesehatan yang Berkualitas dan Efektif</b>	9	Meningkatnya sistem pelayanan kesehatan dalam ekosistem teknologi kesehatan yang terintegrasi dan transparan dalam mendukung kebijakan kesehatan berbasis bukti	43	% integrasi sistem informasi	80%	100%
					- SIRS Mandiri - Modernisasi pengelolaan BLU	- SIRS Mandiri - Modernisasi pengelolaan BLU

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN			
					2023	2024		
			44	Tercapainya implementasi TEMANDIRI	90%	100%		
					- Absensi seluruh pegawai melalui aplikasi KandouOne - Laporan kegiatan harian seluruh pegawai melalui menu penginputan BCP pada Temandiri/KandouOne - Laporan kegiatan harian seluruh pegawai melalui menu penginputan OPPE pada Temandiri/KandouOne	- Absensi seluruh pegawai melalui aplikasi KandouOne - Laporan kegiatan harian seluruh pegawai melalui menu penginputan BCP pada Temandiri/KandouOne - Laporan kegiatan harian seluruh pegawai melalui menu penginputan OPPE pada Temandiri/KandouOne		
			45	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE)	100%	100%		
					- Respond time SISRUTE ≤ 5 menit	- Respond time SISRUTE ≤ 5 menit		
			10	Menguatnya tata kelola manajemen dan pelayanan spesialistik	46	Persentase penurunan jumlah kematian di RSUP Prof Dr.R.D. Kandou	< 2.5	< 2.5
							- Penerapan Clinical Pathway dan PPK dan implementasi EWS	- Penerapan Clinical Pathway dan PPK dan implementasi EWS
	11	Meningkatnya pelaporan audit medis 9 penyakit prioritas di rumah sakit	47	Jumlah layanan penyakit prioritas	1 Layanan	1 Layanan		
					- Audit medik	- Audit medik		
	12	Meningkatnya kemampuan surveilans berbasis laboratorium	48	Terselenggaranya integrasi sistem informasi surveilans berbasis digital	1 Sistem	1 Sistem		
					- Laporan data surveilans setiap bulan	- Laporan data surveilans setiap bulan		

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
	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%	92.5%
					- Aplikasi Monitoring LHP - Penyelesaian rekomendasi & kerugian negara	- Temuan Pemeriksaan yang Tidak Dapat Ditindaklanjuti
			50	Persentase Realisasi Target Pendapatan BLU	95%	95%
					- Optimalisasi Aset - Peningkatan BOR - Kualitas Klaim	- Optimalisasi Aset - Peningkatan BOR - Kualitas Klaim
			51	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah Murni	97%	97%
					- Realisasi belanja tepat waktu - Koordinasi dengan PPK & Pejabat Pengadaan	- Realisasi belanja tepat waktu - Koordinasi dengan PPK & Pejabat Pengadaan
			52	Persentase realisasi anggaran bersumber Rupiah BLU	95%	95%
					- Realisasi belanja tepat waktu - Koordinasi dengan PPK & Pejabat Pengadaan	- Realisasi belanja tepat waktu - Koordinasi dengan PPK & Pejabat Pengadaan
			53	Persentasi nilai EBITDA Margin	15%	15%
					- Pengendalian biaya - Optimalisasi pendapatan	- Pengendalian biaya - Optimalisasi pendapatan

TUJUAN	SASARAN STRATEGIS		INDIKATOR KINERJA UTAMA		TARGET & KEGIATAN	
					2023	2024
			54	Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (POBO)	75%	75%
					<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperkuat kualitas perencanaan yang berbasis data dan kinerja;</li> <li>- Pengembangan revenue center (optimalisasi asset, pemanfaatan lahan yang berpotensi menghasilkan pendapatan, penjualan asset yang sudah tidak memberi kontribusi terhadap pendapatan)</li> <li>- Rasio Keuangan (Cash Ratio) yang sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memperkuat kualitas perencanaan yang berbasis data dan kinerja;</li> <li>- Pengembangan revenue center (optimalisasi asset, pemanfaatan lahan yang berpotensi menghasilkan pendapatan, penjualan asset yang sudah tidak memberi kontribusi terhadap pendapatan)</li> <li>- Rasio Keuangan (Cash Ratio) yang sehat</li> </ul>

## **BAB IV**

### **PENUTUP**

---

Dengan tersusunnya Rencana Strategis Bisnis (RSB) Tahun 2020 – 2024 RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado diharapkan dapat terbentuk keselarasan dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi serta optimalisasi pengelolaan sumber daya di masing–masing unit kerja dengan memperhatikan arah dan prioritas strategis kurun periode Rencana Strategis Bisnis.

Rencana Strategis Bisnis RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou ini disusun dan ditetapkan untuk menjawab dan menfokuskan upaya RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou dalam menghadapi tantangan pembangunan kesehatan yang makin kompleks berlangsung pesat dan tidak menentu. Rencana Strategis Bisnis RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou diharapkan dapat digunakan sebagai acuan, pelaksanaan dan penilaian RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou dalam kurun waktu 5 (lima) tahun 2020 - 2024, sehingga hasil pencapaiannya dapat lebih terarah dan terukur.

Kepada semua pihak yang terkait dalam penyusunan Rencana Strategis Bisnis ini disampaikan penghargaan yang setinggi – tingginya. Tentunya Rencana Strategis Bisnis Tahun 2020 – 2024 ini dapat dilaksanakan dan mencapai tujuan, bila dilakukan dengan dedikasi yang tinggi dan kerja keras dari semua pihak. Penerapan nilai – nilai dan budaya kerja yang dianut RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado diharapkan dapat memacu semangat RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou dalam pelaksanaan Rencana Strategis Bisnis.

**LAMPIRAN - LAMPIRAN**

**Lampiran 1. Target dan Capaian Indikator Kinerja Utama Tahun 2020-2022**

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja Utama		2020		2021		2022	
				TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN
<b>PROGRAM : PENINGKATAN PELAYANAN DAN PENUNJANG</b>									
1	Terwujudnya kepatuhan penerapan standar pengendalian mutu pelayanan	1	Waktu tunggu operasi elektif	80%	80%	80%	80%	≤ 48 Jam	40.47 JAM
		2	Emergency Respon time 2	80%	80%	80%	75,22%	≤ 120 menit	118.5 MENIT
		3	Waktu tunggu hasil pemeriksaan foto thorax elektif ≤ 3 Jam	80%	80%	80%	80%	≤ 3 jam	1 Jam 11 Menit
2	Terwujudnya sistem rujukan pasien yang terintegrasi	4	Prosentase Pelayanan Rujukan Penyakit Tingkat Keparahan Tiga	25%	22%	24%	22%	22%	21%
3	Terwujudnya inovasi layanan yang mempermudah kebutuhan kesehatan masyarakat	5	Jenis dan Jumlah Pengembangan Layanan	3 Layanan	3 Layanan	5 Layanan	5 Layanan	3 Layanan	3 Layanan
4	Terwujudnya budaya layanan yang berorientasi pada pasien, keluarga dan lingkungan	6	Ketaatan dokter terhadap waktu visite pasien	100%	100%	80%	100%	90%	100%
5	Peningkatan akses dan mutu pelayanan rujukan terintegrasi	7	Persentase pelaksanaan sistem rujukan terintegrasi (SISRUTE)	-	-	60%	100%	75%	100%

Sasaran Strategis		Indikator Kinerja Utama		2020		2021		2022	
				TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN
<b>PROGRAM : PENINGKATAN SDM</b>									
6	Terwujudnya kepuasan stakeholder	8	kepuasan pasien	80%	90%	80%	91%	80%	89%
7	Terwujudnya Academic Health System (AHS)	9	Pembentukan dan Peningkatan <i>Academic Health System (AHS)</i>	40%	60%	50%	50%	-	-
8	Terwujudnya pendidikan dan penelitian yang bermutu	10	Teraturnya monitoring dan evaluasi penelitian klinis	80%	90%	80%	88%	-	-
		11	Peningkatan rumah sakit pendidikan yang berbasis <i>Academic Medic Center (AMC)</i>	80%	64,3%	-	-	-	-
9	Peningkatan rumah sakit pendidikan yang berbasis <i>Academic Medic Center (AMC)</i>	12	Angka Kelulusan First Taker UKMPPD (Ujian Kompetensi Mahasiswa Program Profesi Dokter)	-	-	80%	85,48%	-	-
10	Terwujudnya pendidikan dan penelitian yang bermutu berbasis <i>Academic Medic Center (AMC)</i>	13	Jumlah penelitian yang dipublikasi secara nasional dan Internasional	-	-	-	-	20 Dokumen	64 Dokumen
		14	Jumlah KSO institusi pendidikan	-	-	-	-	12 KSO	24 KSO
		15	Jumlah kerja sama dengan rumah sakit dalam negeri dan luar negeri	-	-	-	-	10 KSO	20 KSO
11	Terwujudnya kerja sama layanan pasien RS dengan Kabupaten / Kota dalam konteks preventif dan promotif	16	Kepatuhan pemberian edukasi kesehatan di luar rumah sakit setiap 3 bulan sekali	80%	100%	80%	100%	-	-
		17	Terlaksananya KIE dengan Dinkes Provinsi/Kab/Kota sampai ke PKM	-	-	-	-	4 PKM	4 PKM



12	Terwujudnya kompetensi SDM yang handal dan berkinerja dengan penerapan sistem <i>reward</i> dan <i>punishment</i>	18	Ketepatan dalam Penerapan PP 53 tahun 2010 tentang Pemberian <i>Reward</i> dan <i>Punishment</i>	75%	100%	80%	100%	-	-
		19	<i>Respon Time</i> pembinaan pegawai yang bermasalah 3x24 jam	-	-	-	-	100%	100%
13	Terwujudnya kolaborasi antara RS dan FK serta institusi pendidikan dalam negeri lainnya	20	Hubungan Kerja Sama di Bidang Pendidikan dan Penelitian dengan Institusi Nasional	2	2	2	12	-	-
14	Terwujudnya kerja sama dengan institusi/RS Pendidikan Luar Negeri	21	Hubungan Kerja Sama di Bidang Pendidikan dan Penelitian dengan Institusi Internasional	1	1	1	0	-	-

Sasaran Strategis	Indikator Kinerja Utama	2020		2021		2022			
		TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN	TARGET	CAPAIAN		
<b>PROGRAM : PENINGKATAN KINERJA KEUANGAN</b>									
15	Terwujudnya sistem informasi RS terintegrasi	22	% integrasi sistem informasi	70%	70%	70%	100%	75%	100%
16	Terwujudnya efisiensi anggaran	23	Rasio PNBPN terhadap Biaya Operasional (POBO)	70%	77,22%	73%	98,14%	75%	63.71%

## Lampiran 2. Gambaran Satuan Kerja

Gambaran kinerja RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado tergambar pada beberapa kinerja aspek Rumah Sakit yakni terdiri atas kinerja aspek pelayanan, keuangan, SDM dan Sarana dan Prasarana. Kinerja Rumah Sakit tergambar pada hasil kegiatan yang dicapai Rumah Sakit Tahun 2016 – 2020 sebagai berikut :

### A. Kinerja Aspek Pelayanan, terdiri dari :

#### 1. Kunjungan Pasien Rawat Jalan

Hasil kegiatan kunjungan Rawat Jalan adalah sebagai berikut.

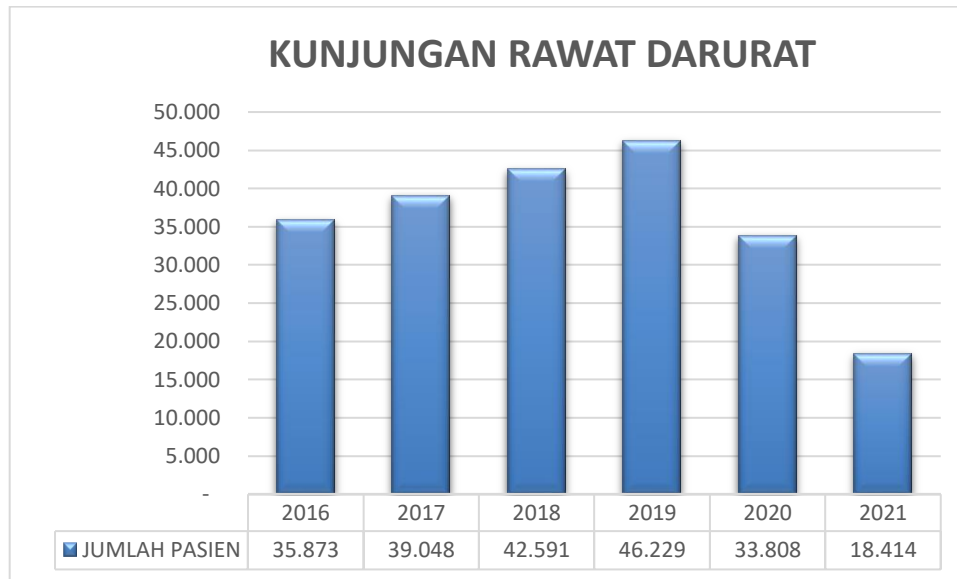


#### 2. Waktu Tunggu Rawat Jalan

NO	TAHUN	WAKTU (Menit)
1	2016	53.87 menit
2	2017	58.03 menit
3	2018	52.87 menit
4	2019	57.00 menit
5	2020	53.19 menit
6	2021	49.02 menit

### 3. Kunjungan Rawat Darurat

Hasil kegiatan kunjungan Rawat Darurat adalah sebagai berikut.



### 4. Response Time Rawat Darurat (ERT - I)

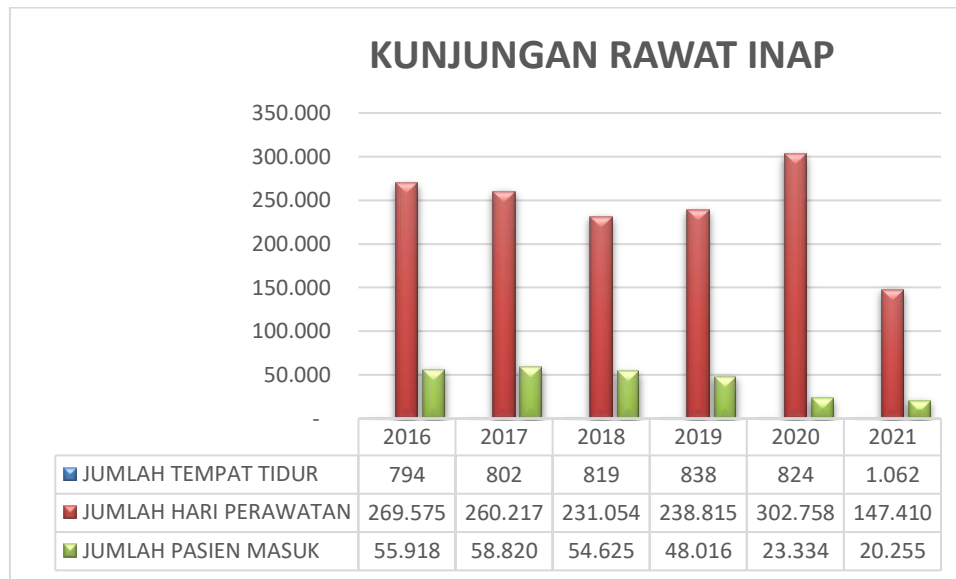
NO	TAHUN	WAKTU
1	2016	8 menit
2	2017	1.4 menit
3	2018	2.31 menit
4	2019	2.19 menit
5	2020	1.50 menit
6	2021 (ERT – II)	159.53 menit

### 5. Jumlah Kematian di Gawat Darurat

NO	TAHUN	JUMLAH KUNJUNGAN IGD	JUMLAH PASIEN MENINGGAL DI IGD	%
1	2016	35,873	406	1.13%
2	2017	39,048	363	0.93%
3	2018	42,591	189	0.44%
4	2019	24,688	180	0.63%
5	2020	33.808	309	0.91%
6	2021	18.414	284	1.54%

## 6. Kunjungan Rawat Inap

Hasil Kegiatan Rawat Inap adalah sebagai berikut.



## 7. Efektifitas Pelayanan

Hasil Indikator Pelayanan adalah sebagai berikut.

NO	URAIAN	TAHUN					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	Rata-rata BOR	92.02%	88.89%	77.29%	78.07%	57.58%	47.85%
2	Rata-rata LOS	4 hari	4 hari	4 hari	4,5 hari	6,6 hari	6,4 hari
3	Rata-rata TOI	1 hari	1 hari	1 hari	1 hari	5,6 hari	8,1 hari
4	Rata-rata BTO	70 kali	74 kali	67 kali	57 kali	26,54 kali	24.07 kali
5	NDR	36‰	43‰	50‰	48.31‰	30,37‰	35.59‰

## 8. Infeksi Nosokomial

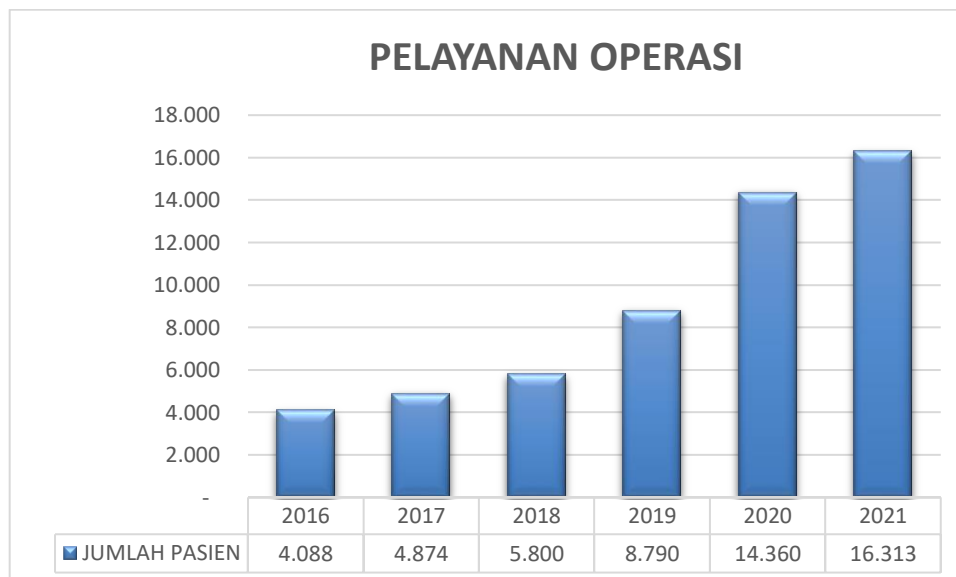
NO	URAIAN	TAHUN					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	ISK	0.03‰	0.10‰	0‰	0.01‰	0.001‰	0.1%
2	Luka Operasi	0.04‰	0.10‰	0.0015‰	0.3‰	0.003‰	0.4%
3	Dekubitus	0.06‰	1.54‰	0.0019‰	0.2‰	0.001‰	0.3%
4	Phlebitis	2.4‰	22‰	0.0076‰	0.5‰	0.002‰	0.1%

## 9. Jumlah Kematian Ibu

NO	TAHUN	JUMLAH KASUS
1	2016	2
2	2017	7
3	2018	1
4	2019	2
5	2020	3
6	2021	0

## 10. Pelayanan Operasi

Hasil kegiatan pelayanan operasi di Bedah Sentral adalah sebagai berikut.



## 11. Waktu Tunggu Sebelum Operasi

NO	TAHUN	HARI
1	2016	2 hari
2	2017	2 hari
3	2018	2 hari
4	2019	2 hari
5	2020	2 hari
6	2021	< 2 hari

## 12. Jumlah Kematian Setelah Operasi (*Post Operative Death Rate* )

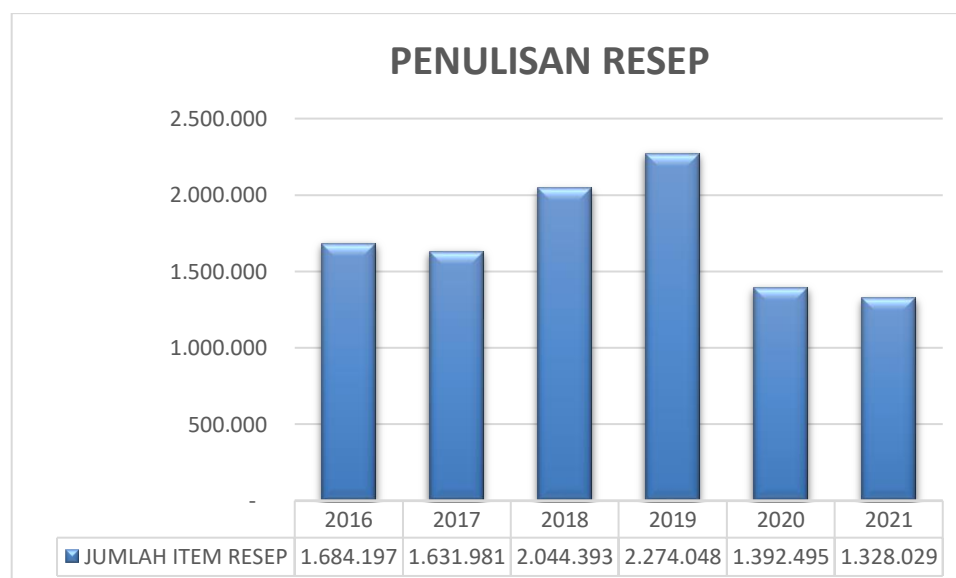
NO	TAHUN	JUMLAH PASIEN OPERASI	JUMLAH PASIEN MENINGGAL SETELAH OPERASI	%
1	2016	4.088	29	0.71%
2	2017	4.874	50	1.03%
3	2018	3.242	0	0%
4	2019	4.283	1	0%
5	2020	3.342	1	0%
6	2021	3.336	0	0%

## 13. Kegiatan Pelayanan Penunjang Medik

Hasil kegiatan pelayanan Penunjang medik adalah sebagai berikut.

NO	TAHUN	URAIAN		
		INSTALASI REHABILITASI MEDIK	INSTALASI RADIOLOGI	INSTALASI LABORATORIUM
1	2016	46,175	36,574	805,644
2	2017	54,445	51,456	910,870
3	2018	57,937	59,208	1,186,203
4	2019	44,420	71,167	916,981
5	2020	34.274	62.349	1.039.896
6	2021	56.214	53.011	1.094.810

## 14. Penulisan Resep Sesuai Dengan Formularium Nasional



## B. Kinerja Aspek Keuangan

Gambaran kinerja aspek keuangan RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado sebagai berikut :

### 1. TARGET PENERIMAAN DAN REALISASI

TAHUN	TARGET	REALISASI
2016	275,000,000,000	370,985,317,014
2017	350,000,000,000	472,074,767,627
2018	450,000,002,000	480,547,567,517
2019	500,000,000,000	529,498,006,411
2020	481.640.434.000	546,760,657,205
2021	502.500.000.000	534.209.626.838

### 2. PERKEMBANGAN RASIO PENDAPATAN PNBPN TERHADAP BIAYA OPERASIONAL

NO	TAHUN	REALISASI PENERIMAAN	REALISASI BELANJA OPERASIONAL APBN/BLU	%
1	2016	370,985,317,014	378,985,317,014	97.89%
2	2017	472,074,767,627	576,613,573,746	81.87%
3	2018	480,547,567,517	679,626,149,860	70.7%
4	2019	529.498.006.411	749.124.847.769	70.68%
5	2020	546.760.657.205	792.118.363.886	94.30%
6	2021	534.209.626.838	555.467.450.212	88.14%

### 3. PERKEMBANGAN RASIO KEUANGAN

TAHUN	RASIO KAS	RASIO LANCAR	PERIODE PENAGIHAN PIUTANG	PERPUTARAN PERSEDIAAN
2016	14.21	118.04	39.26 HARI	11.49 HARI
2017	20.75	115.86	75 HARI	5 HARI
2018	9.15	97.13	106 HARI	8 HARI
2019	9.87	143.02%	145 HARI	24 HARI
2020 (SEM.I)	86.59	189.79%	112 HARI	22 HARI
2021	305.48%	427.26%	66 HARI	21 HARI

## C. KINERJA ASPEK SDM DAN DIKLIT

### 1. KINERJA SDM

Gambaran Perkembangan Tenaga PNS dan BLU

NO	Jenis Tenaga	Tahun					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
1	<b>Tenaga Dokter</b>						
	PNS KEMENKES	124	129	137	131	132	134
	PNS DIKTI	87	85	88	92	81	78
	NON PNS	35	47	68	76	76	100
	Jumlah	<b>246</b>	<b>261</b>	<b>293</b>	<b>299</b>	<b>300</b>	<b>312</b>
2	<b>Tenaga Keperawatan&amp; Bidan</b>						
	PNS	686	678	673	659	644	632
	NON PNS	326	425	444	449	422	481
	Jumlah	<b>1.012</b>	<b>1.103</b>	<b>1.117</b>	<b>1.108</b>	<b>1.066</b>	<b>1.113</b>
3	<b>Tenaga Kesehatan Lainnya</b>						
	PNS	134	135	140	158	147	152
	NON PNS	54	78	101	106	93	105
	Jumlah	<b>188</b>	<b>213</b>	<b>241</b>	<b>264</b>	<b>240</b>	<b>257</b>
4	<b>Tenaga Administrasi</b>						
	PNS	278	273	255	250	218	200
	NON PNS	294	371	389	432	472	485
	Jumlah	<b>572</b>	<b>464</b>	<b>644</b>	<b>682</b>	<b>690</b>	<b>685</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>2.018</b>	<b>2.221</b>	<b>2.295</b>	<b>2.353</b>	<b>2.296</b>	<b>2.367</b>

### 2. KINERJA DIKLIT

Gambaran staf yang sudah bersertifikat

NO	TAHUN	DOKTER	KEPERAWATAN	NON MEDIS	ADMINISTRASI	JUMLAH
1	2016	529	600	49	29	1207
2	2017	610	910	100	15	1664
3	2018	957	923	112	44	2036
4	2019	982	996	155	145	2277

Staf yang mendapat pelatihan 20 jam/org/tahun pada pelayanan Instensif

NO	TAHUN	ICU	CVCU	IMC	NICU	PICU	HD	JUMLAH
1	2016	14	8	3	4	4	0	33
2	2017	4	2	0	2	4	5	17
3	2018	13	5	2	0	2	4	26



## D. Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

### 1. Sarana Gedung

#### GAMBAR SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT

Luas Tanah : 178.380 m<sup>2</sup>

Luas Gedung : 58.213 m<sup>2</sup>





Gedung IPPJ



Poliklinik Eksekutif



Gedung RadioTherapy



Gedung Aula Lantai 2



Alat MRI



Alat CT Scan



Alat Unit Transfusi Darah (UTDRS)



Alat Cobalt 6000



Alat Endoscopy



Ruang ICU

## 2. Prasarana Rumah Sakit



IPAL



Incenerator



Sarana  
Ambulance

### Lampiran 3. Kamus IKU

Tabel 1  
Indeks Kepuasan Masyarakat

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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><b>A (Sangat Baik) : 88,31 - 100,00</b>  <b>B (Baik): 76,61 - 88,30</b>  <b>C (Kurang Baik): 65 - 76,60</b>  <b>D (Tidak Baik): 25 - 64,99</b></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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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"> <li>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.</li> <li>2. Kebersihan tangan yang dilakukan dengan benar adalah kebersihan tangan sesuai indikasi dan langkah kebersihan tangan sesuai rekomendasi WHO.</li> <li>3. Indikasi adalah alasan mengapa kebersihan tangan dilakukan pada saat tertentu sebagai upaya untuk menghentikan penularan mikroba selama perawatan.</li> <li>4. Lima indikasi (five moment) kebersihan tangan terdiri dari: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Sebelum kontak dengan pasien yaitu sebelum menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien atau pakaian pasien, sebelum menangani obat-obatan dan sebelum menyiapkan makanan pasien.</li> <li>b. Sesudah kontak dengan pasien yaitu setelah menyentuh tubuh/permukaan tubuh pasien.</li> <li>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.</li> <li>d. Setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien seperti muntah, darah, nanah, urin, feces, produksi drain, setelah melepas sarung tangan steril dan setelah melepas APD.</li> <li>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.</li> </ol> </li> </ol>

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 dalam satu bulan.
11. Sesi adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan observasi maksimal 20 menit (rerata 10 menit).
12. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi adalah jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi dalam satu periode observasi.
13. Jumlah pemberi pelayanan yang diobservasi pada waktu observasi tidak boleh lebih dari 3 orang agar dapat mencatat semua indikasi kegiatan yang dilakukan.

Formula	$\frac{\text{Jumlah tindakan kebersihan tangan yang dilakukan}}{\text{Jumlah total peluang kebersihan tangan yang seharusnya dilakukan dalam periode observasi}} \times 100\%$				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Komite Mutu				
Sumber Data	IPCN				
Periode Pelaporan	Bulanan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
				≥90%	≥90%



Tabel 4  
Kepatuhan penggunaan APD

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Kepatuhan penggunaan APD				
Definisi	<p>1. Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakainya dari cedera atau transmisi infeksi atau penyakit.</p> <p>2. Kepatuhan penggunaan APD adalah kepatuhan petugas dalam menggunakan APD dengan tepat sesuai dengan indikasi ketika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau cairan infeksius lainnya berdasarkan jenis risiko transmisi (kontak, droplet dan airborne).</p> <p>3. Penilaian kepatuhan penggunaan APD adalah penilaian terhadap petugas dalam menggunakan APD sesuai indikasi dengan tepat saat memberikan pelayanan kesehatan pada periode observasi. Mutufasyankes Apps</p> <p>4. Petugas adalah seluruh tenaga yang terindikasi menggunakan APD, contoh dokter, dokter gigi, bidan, perawat, petugas laboratorium.</p> <p>5. Observer adalah orang yang melakukan observasi atau penilaian kepatuhan dengan metode dan tool yang telah ditentukan.</p> <p>6. Periode observasi adalah waktu yang ditentukan sebagai periode yang ditetapkan dalam proses observasi penilaian kepatuhan.</p>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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"> <li>• Pemberian pengobatan: pemberian obat, pemberian cairan intravena, pemberian darah dan produk darah, radioterapi, dan nutrisi.</li> <li>• Prosedur tindakan: tindakan operasi atau tindakan invasif lainnya sesuai kebijakan yang ditetapkan rumah sakit.</li> <li>• Prosedur diagnostik: pengambilan sampel, pungsi lumbal, endoskopi, kateterisasi jantung, pemeriksaan radiologi, dan lain-lain.</li> <li>• Kondisi tertentu: pasien tidak dapat berkomunikasi (dengan ventilator), pasien bayi, pasien tidak sadar, bayi kembar.</li> </ul> <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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi				
Definisi	<ol style="list-style-type: none"> <li>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 <math>\leq 30</math> menit.</li> <li>2. Seksio sesarea emergensi adalah tindakan seksio sesarea yang bertujuan untuk menyelamatkan ibu dan/atau bayi dan tidak dapat ditunda pelaksanaannya.</li> <li>3. Seksio sesarea emergensi kategori I adalah tindakan seksio sesarea pada keadaan di mana terdapat ancaman langsung bagi kelangsungan hidup ibu atau janin.</li> <li>4. Pengukuran indikator waktu tanggap operasi seksio sesarea emergensi dilakukan oleh rumah sakit yang memberikan pelayanan seksio sesaria.</li> </ol>				
Formula	$\frac{\text{jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I yang mendapatkan tindakan seksio sesarea } \leq 30 \text{ menit}}{\text{jumlah pasien yang diputuskan tindakan seksio sesarea emergensi kategori I}} \times 100\%$				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Mutu Pelayanan Kesehatan Rujukan				
IKU	Pelaporan hasil kritis laboratorium				
Definisi	<p>1. Hasil kritis adalah hasil pemeriksaan yang termasuk kategori kritis sesuai kebijakan rumah sakit dan memerlukan penatalaksanaan segera.</p> <p>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.</p> <p>3. Standar waktu lapor hasil kritis laboratorium adalah waktu pelaporan <math>\leq 30</math> menit.</p>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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*)

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Konsumen</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Learn and Growth</i></b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Learn and Growth</i></b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Learn and Growth</i></b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Learn and Growth</i></b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Learn and Growth</i></b>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya Akses terhadap Fasilitas Pelayanan Kesehatan Rujukan Strata 4				
IKU	Jumlah rumah sakit diampu untuk layanan prioritas maternal neonatal				
Definisi	Terselenggaranya pengampuan 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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Learn and Growth</i></b>				
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)

<b>Perspektif</b>	<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><b>1. Persen pemenuhan</b>          Jumlah Sarana (S), Prasarana (P) dan Alat Kesehatan (A) di RS dibagi standar acuan dikali 100%</p> <p><b>2. Persen prasarana dan alat kesehatan</b>          Jumlah Prasarana dan Alkes yang dikalibrasi dibagi jumlah alat wajib kalibrasi dikali 100%</p> <p><b>3. Menghitung Hasil akhir/Presentase pemenuhan SPA</b>          (Persentase SPA + Persentase Kalibrasi)/2</p>				
Bobot IKU (%)					
Person in Charge	Bagian Umum				
Sumber Data	ASPAK dan Survei Lapangan				
Periode Pelaporan	Tahunan				
Target	2020	2021	2022	2023	2024
	-	-	-	95%	95%

Tabel 21  
Tersedianya pelayanan unggulan VVIP

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Learn and Growth</i></b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
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 Sakit 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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
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"> <li>• Fasilitas parkir adalah lokasi yang ditentukan sebagai tempat pemberhentian kendaraan yang tidak bersifat sementara untuk melakukan kegiatan pada suatu kurun waktu.</li> <li>• 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</li> <li>• Untuk hal-hal tertentu bila tanpa penjelasan, SRP adalah SRP untuk mobil penumpang.</li> <li>• Parkir sesuai standar adalah ketersediaan parkir sesuai kebutuhan atau mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan.</li> <li>• RSV yang sudah menyediakan fasilitas parkir sesuai standar adalah RSV yang sudah menyediakan parkir sesuai kebutuhan.</li> <li>• Zonasi parkir untuk pasien disediakan 70% dari kebutuhan parkir rumah sakit</li> <li>• Zona untuk rawat jalan: 06.30-19.00</li> <li>• Pembayaran cashless adalah system pembayaran tanpa uang tunai.</li> <li>• Tersedia tempat khusus untuk pick up dan drop off yang nyaman</li> </ul>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
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.</p> <p>5. Hasil pengukuran dinyatakan dalam indeks kepuasan yang diperoleh dari kegiatan Survei Kepuasan.</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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
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"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>3. Standar waktu pelayanan rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang adalah <math>\leq 120</math> menit.</li> </ol>				
Formula	<p>(Jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang dengan waktu pelayanan <math>\leq 120</math> menit dibagi jumlah pasien rawat jalan tanpa pemeriksaan penunjang) 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
				$\geq 80\%$	$\geq 80\%$



Tabel 28  
Penundaan waktu Operasi Elektif

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya pelayanan Center of Excellence di RS Vertikal secara optimal				
IKU	Penundaan waktu Operasi Elektif				
Definisi	1. Operasi elektif adalah operasi yang waktu pelaksanaannya terencana atau dapat dijadwalkan. 2. Penundaan operasi elektif adalah tindakan operasi yang tertunda lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang ditentukan.				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
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"> <li>1. Ketepatan waktu pelayanan di Poliklinik adalah pelayanan oleh tenaga medis di poliklinik yang dilakukan sesuai waktu yang ditentukan.</li> <li>2. Tenaga medis adalah dokter, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis</li> <li>3. Rumah sakit menetapkan waktu buka poliklinik setiap hari pelayanan</li> <li>4. Rumah sakit menetapkan jadwal pelayanan setiap dokter yang akan bertugas di poliklinik</li> <li>5. Setiap tenaga medis wajib memberikan pelayanan tepat waktu sesuai aturan yang telah ditetapkan.</li> </ol>				
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

<b>Perspektif</b>	<b><i>Proses Bisnis Internal</i></b>				
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> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tergambarnya kepatuhan dokter melakukan visitasi kepada pasien rawat inap sesuai waktu yang ditetapkan.</li> <li>2. Waktu yang ditetapkan untuk <i>visite</i> adalah pukul 06.00 – 14.00.</li> </ol>				
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	<i>Proses Bisnis Internal</i>
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"> <li>1. <b>Kanker:</b> Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Radikal Tanpa Komplikasi 5 Hari</li> <li>2. <b>Jantung:</b> Terapi Fibrinolitik : “ Door To Needle “ <math>\leq</math> 30 Menit</li> <li>3. <b>Stroke:</b> Pasien Stroke Iskemik dengan Length of Stay (LOS) &lt; 7 hari</li> <li>4. <b>Uronefrologi:</b> Pasien PGK Stadium 5 Indikasi Dialisis CITO yang diberikan Intervensi Dialisis Dalam 1x24 Jam</li> </ol> <p><b>KIA:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Kemampuan Menangani BBLSR 1000 gram - &lt; 1500 gram</li> <li>6. Kejadian Kematian Ibu Karena Pre Eklampsia /Eklampsia Di Rumah Sakit</li> </ol>
Formula	<p><b>Kanker :</b> (Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat untuk masektomi tanpa komplikasi di rawat inap maksimal 5 hari / Jumlah pasien kanker payudara yang dirawat dengan masektomi tanpa komplikasi di rawat inap) x100%</p> <p><b>Jantung :</b> (Jumlah pasien SKA tipe STEMI dengan Door to Needle Time <math>\leq</math> 30 menit / Total pasien IGD yang mendapatkan terapi trombolitik) x 100%</p> <p><b>Stroke :</b> (Jumlah pasien stroke iskemik dengan LOS &lt; 7 hari / seluruh pasien iskemik) x 100%</p> <p><b>Uronefrologi :</b> (Jumlah pasien PGK stadium 5 dengan indikasi dialysis CITO yang mendapatkan intervensi dialisiis dalam 1x24 jam / Jumlah pasien PGK indikasi dialisis CITO) x 100%</p> <p><b>BBLSR :</b> (Jumlah BBLSR 1000 gram - &lt;1500 gram yang berhasil pulang hidup pada periode perhitungan / jumlah seluruh BBLSR 1000</p>

	<p>gram &lt;1500 gram yang dirawat pada periode perhitungan) x 100%</p> <p><b>Kematian IBU :</b> (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  $\leq 3$  jam

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
Sasaran Strategis	Terselenggaranya Pelayanan Center Of Excellence di RS Vertikal Secara Optimal				
IKU	Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Foto Thorax Elektif $\leq 3$ jam				
Definisi	Waktu tunggu hasil pelayanan thorax foto adalah tenggang waktu mulai pasien di foto sampai dengan menerima hasil yang sudah diekspertisi $\leq 3$ jam. Permintaan thorax foto yang dimaksudkan dalam indikator ini adalah permintaan thorax foto Antero Posterior.				
Formula	(Jumlah pasien yang menerima hasil pemeriksaan thoraks foto $\leq 3$ 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%	$\leq 3$ jam	$\leq 3$ jam	$\leq 3$ 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 menubung, 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	<p>(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) x 100</p>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
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 DOKUMEN	22 DOKUMEN

Tabel 38

## Jumlah kerjasama dengan rumah sakit jejaring Pendidikan Dalam dan Luar Negeri

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
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 DOKUMEN	20 DOKUMEN

Tabel 39

Terlaksananya peningkatan kompetensi tenaga medis melalui fellowship

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
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	$\frac{\text{(Jumlah tenaga medis yang mengikuti fellowship/konsultan)}}{\text{Dibagi}} \times \frac{\text{Jumlah tenaga medis yang belum mengikuti fellowship/konsultan}}{100\%}$				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<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 Integrasi SIMRS</i>				
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	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Absensi Kandouone</b> Jumlah Pegawai Aktif Yg Melakukan Absensi <i>KandouOne</i> Dalam 1 Bulan</li> <li><b>Penginputan BCP</b> Jumlah Pegawai Yg Mengisi BCP Dalam 1 Bulan</li> <li><b>OPPE</b> Jumlah tenaga dokter Yg Mengisi OPPE Dalam 1 Bulan</li> </ol>				
DENOMINATOR	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Absensi KandouOne</b> Jumlah Pegawai Aktif Yang Harus Melakukan Absensi Di <i>Kandouone</i></li> <li><b>Penginputan BCP</b> Jumlah Seluruh Pegawai (Harus Mengisi BCP)</li> <li><b>OPPE</b> Jumlah Seluruh Dokter (Harus Mengisi OPPE)</li> </ol>				
Formula	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>Absensi Kandouone</b> <math display="block">\frac{N}{D} \times 100 =</math></li> <li><b>Penginputan Bcp</b> <math display="block">\frac{N}{D} \times 100 =</math></li> <li><b>Penginputan Oppe</b> <math display="block">\frac{N}{D} \times 100 =</math></li> </ol> <p><b>Jumlah Ketepatan Penerapan Aplikasi Temandiri = Rata-Rata Nilai 1,2 Dan 3</b></p>				
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)

<b>Perspektif</b>	<b><i>Learn and Growth</i></b>				
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"> <li>1. Ada kebijakan dan tim pengembangan SISRUTE di RS, nilai = 25</li> <li>2. Ada laporan pemanfaatan dan evaluasi penggunaan SISRUTE di RS secara berkala, Nilai = 25</li> <li>3. Ada petugas khusus (operator) SISRUTE 24 jam, Nilai = 25</li> <li>4. Persentase kasus yang memiliki nilai respon time &lt; 1 jam sebesar lebih dari 50%, Nilai = 25</li> </ol>				
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 spesialisik				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Proses Bisnis Internal</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<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	(Jumlah fasyankes yang terintegrasi system surveilans Dibagi Jumlah seluruh fasyankes) x 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 tindaklanjut Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

<b>Perspektif</b>	<b>Keuangan</b>				
Sasaran Strategis	Meningkatnya koordinasi pelaksanaan tugas, pembinaan dan pemberian dukungan manajemen Kementerian Kesehatan				
IKU	Persentase rekomendasi hasil pemeriksaan BPK yang telah tuntas di tindaklanjut 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	<p>Jumlah kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan BPK yang telah Tuntas di Tindaklanjuti</p> <p>dibagi</p> <p>Jumlah Kumulatif Rekomendasi Hasil Pemeriksaan x 100%</p>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Keuangan</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Keuangan</b>				
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	(Realisasi anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni dibagi total anggaran yang bersumber dari Rupiah Murni) x 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

<b>Perspektif</b>	<b>Keuangan</b>				
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

<b>Perspektif</b>	<b>Keuangan</b>				
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	$EBITDA \text{ margin} = (EBITDA \text{ dibagi Pendapatan}) \times 100\%$				
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)

<b>Perspektif</b>	<b>Keuangan</b>				
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%

## Lampiran 4. Proyeksi Keuangan

### Tabel Estimasi Pendapatan Tahun 2020 - 2024

No	Sumber Pendapatan	Baseline Tahun Sekarang	Estimasi Pendapatan (Rp)				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	<b>Dana Pemerintah</b>	<b>140,223,799,000</b>	<b>358,378,998,000</b>	<b>104,390,761,000</b>	<b>106,652,659,000</b>	<b>106,652,659,000</b>	<b>106,652,659,000</b>
	APBN	140,223,799,000	358,378,998,000	104,390,761,000	106,652,659,000	106,652,659,000	106,652,659,000
	PHLN						
2	<b>Pendapatan BLU</b>	<b>500,000,000,000</b>	<b>481,640,434,000</b>	<b>502,500,000,000</b>	<b>505,000,000,000</b>	<b>507,500,000,000</b>	<b>507,500,000,000</b>
	<b>Pendapatan Fungsional</b>	<b>497,379,806,546</b>	<b>479,020,240,546</b>	<b>499,879,806,546</b>	<b>502,379,806,546</b>	<b>504,879,806,546</b>	<b>504,879,806,546</b>
	Instalasi Rawat Inap A	15,722,576,134	15,722,576,134	15,722,576,134	15,722,576,134	15,722,576,134	15,722,576,134
	Instalasi Rawat Inap B	18,586,203,371	18,586,203,371	18,586,203,371	18,586,203,371	18,586,203,371	18,586,203,371
	Instalasi Rawat Inap C	32,263,739,320	32,263,739,320	32,263,739,320	32,263,739,320	32,263,739,320	32,263,739,320
	Instalasi Rawat Inap D	28,064,090,270	28,064,090,270	28,064,090,270	28,064,090,270	28,064,090,270	28,064,090,270
	Instalasi Rawat Inap E	31,207,027,345	31,207,027,345	31,207,027,345	31,207,027,345	31,207,027,345	31,207,027,345
	Instalasi Rawat Inap F	34,556,250,494	34,556,250,494	34,556,250,494	34,556,250,494	34,556,250,494	34,556,250,494
	Instalasi Anggrek I	7,665,528,794	7,665,528,794	7,665,528,794	7,665,528,794	7,665,528,794	7,665,528,794
	Instalasi Anggrek II	11,724,165,524	11,724,165,524	11,724,165,524	11,724,165,524	11,724,165,524	11,724,165,524
	Instalasi Nyiur Melambai	27,581,064,292	27,581,064,292	27,581,064,292	27,581,064,292	27,581,064,292	27,581,064,292
	Radiologi	5,650,532,317	5,650,532,317	6,650,532,317	7,150,532,317	7,650,532,317	7,650,532,317
	Radiotherapy	6,388,440,886	6,388,440,886	7,888,440,886	7,888,440,886	8,388,440,886	8,388,440,886
	ICU	6,936,448,999	6,936,448,999	6,936,448,999	6,936,448,999	7,186,448,999	7,186,448,999
	ICCU	5,438,942,276	5,438,942,276	5,438,942,276	5,438,942,276	5,938,942,276	5,938,942,276
	Bedah Central Anesthesi	15,937,426,789	15,937,426,789	15,937,426,789	15,937,426,789	16,687,426,789	16,687,426,789
	Rawat Darurat	70,425,266,370	70,425,266,370	70,425,266,370	70,425,266,370	70,425,266,370	70,425,266,370

	Rawat Jalan	53,268,207,444	53,268,207,444	53,268,207,444	53,268,207,444	53,268,207,444	53,268,207,444
	Endoscopy	5,376,986,204	5,376,986,204	5,376,986,204	5,376,986,204	5,376,986,204	5,376,986,204
	CVBC	35,077,855,943	16,718,289,943	35,077,855,943	36,577,855,943	37,077,855,943	37,077,855,943
	Haemodialisa	44,295,023,665	44,295,023,665	44,295,023,665	44,795,023,665	44,295,023,665	44,295,023,665
	Laboratorium Klinik	17,114,286,710	17,114,286,710	17,114,286,710	17,114,286,710	17,114,286,710	17,114,286,710
	Microbiologi	160,862,304	160,862,304	160,862,304	160,862,304	160,862,304	160,862,304
	Rehabilitasi Medik	2,364,728,368	2,364,728,368	2,364,728,368	2,364,728,368	2,364,728,368	2,364,728,368
	Farmasi	20,056,152,727	20,056,152,727	20,056,152,727	20,056,152,727	20,056,152,727	20,056,152,727
	DIKLIT	1,518,000,000	1,518,000,000	1,518,000,000	1,518,000,000	1,518,000,000	1,518,000,000
	<b>Pendapatan Lainnya</b>	<b>2,620,193,454</b>	<b>2,620,193,454</b>	<b>2,620,193,454</b>	<b>2,620,193,454</b>	<b>2,620,193,454</b>	<b>2,620,193,454</b>
	Hasil Kerja Sama Lembaga / Badan Usaha	1,580,406,636	1,580,406,636	1,580,406,636	1,580,406,636	1,580,406,636	1,580,406,636
	Jasa BANK	1,039,786,818	1,039,786,818	1,039,786,818	1,039,786,818	1,039,786,818	1,039,786,818
	<b>Total Keseluruhan</b>	<b>640,223,799,000</b>	<b>840,019,432,000</b>	<b>606,890,761,000</b>	<b>611,652,659,000</b>	<b>614,152,659,000</b>	<b>614,152,659,000</b>

**Tabel Estimasi Anggaran Operasional**

No	Jenis Kegiatan	Baseline Tahun Sekarang	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
			2020	2021	2022	2023	2024
	<b>BELANJA OPERASIONAL</b>	<b>560,024,275,000</b>	<b>603,118,905,000</b>	<b>570,349,904,000</b>	<b>592,139,600,000</b>	<b>594,639,600,000</b>	<b>594,639,600,000</b>
1	Belanja Barang BLU	458,640,179,000	453,364,705,000	465,959,143,000	485,486,941,000	487,986,941,000	487,986,941,000
	Belanja Gaji dan Tunjangan	155,828,328,000	152,988,324,000	190,774,605,000	200,230,913,946	202,000,000,000	202,000,000,000
	Belanja Barang	10,628,596,000	16,102,327,000	8,970,400,000	9,833,111,253.65	9,851,572,956	9,851,572,956
	Belanja Jasa BLU	70,740,752,000	3,088,502,000	800,000,000	900,000,000	950,000,000	950,000,000
	Belanja Pemeliharaan BLU	16,373,950,000	31,415,403,000	24,632,674,000	27,500,000,000	27,500,000,000	27,500,000,000
	Belanja Perjalanan BLU	3,957,316,000	1,656,250,000	3,160,200,000	3,175,000,000	3,175,000,000	3,175,000,000
	Belanja Bahan Makanan Pasien	13,005,900,000	14,090,400,000	12,132,000,000	13,820,000,000	14,520,000,000	14,520,000,000
	Belanja Penambah Daya Tahan Tubuh	1,040,877,000	1,236,900,000	1,102,000,000	1,130,000,000	1,130,000,000	1,130,000,000
	Belanja Bahan Farmasi	100,538,000,000	136,811,599,000	118,384,864,000	124,972,915,800	124,435,368,044	124,435,368,044
	Belanja Peningkatan SDM/Diklit	5,110,460,000	3,675,000,000	3,924,970,000	4,925,000,000	4,925,000,000	4,925,000,000
	Belanja Barang dan Jasa Lainnya	81,416,000,000	92,300,000,000	98,658,000,000	99,000,000,000	99,500,000,000	99,500,000,000

	Belanja Bahan (Linen & Non Linen)	0	0	3,419,430,000	0	0	0
2	Belanja Barang (RM)	101,384,096,000	149,754,200,000	104,390,761,000	106,652,659,000	106,652,659,000	106,652,659,000
	Belanja Pegawai / Tunjangan	86,708,730,000	93,418,207,000	92,228,643,000	90,316,666,000	90,316,666,000	90,316,666,000
	Belanja Langganan Listrik	7,200,000,000	5,880,000,000	6,006,078,000	5,880,000,000	5,880,000,000	5,880,000,000
	Belanja Langganan Tlp	720,000,000	570,000,000	450,000,000	570,000,000	570,000,000	570,000,000
	Belanja Langganan Air	480,000,000	281,578,000	350,000,000	281,578,000	281,578,000	281,578,000
	Belanja Pemeliharaan Gedung RS		-	-	-	-	-
	Belanja Pemeliharaan Peralatan dan Mesin	5,833,556,000	-	-	-	-	-
	Belanja Honor Operasional Satuan Kerja	225,600,000	225,600,000	231,720,000	225,600,000	225,600,000	225,600,000
	Belanja Honor Output Kegiatan	216,210,000	204,940,000	124,320,000	204,940,000	204,940,000	204,940,000
	Belanja Bahan (Farmasi)	-	45,000,000,000	5,000,000,000	5,000,000,000	5,000,000,000	5,000,000,000
	Belanja Bahan (Linen & Non Linen)	-	4,173,875,000	0	4,173,875,000	4,173,875,000	4,173,875,000



**Tabel Estimasi Anggaran Program Pengembangan**

No	Jenis Kegiatan	Baseline Tahun Sekarang	Estimasi Kebutuhan Anggaran (Rp)				
			2020	2021	2022	2023	2024
1	Belanja Modal BLU	55,683,235,000	28,275,729,000	36,540,857,000	19,513,059,000	19,513,059,000	19,513,059,000
2	Belanja Modal RM	38,839,703,000	208,624,798,000	-	-	-	-
	Belanja Gedung	-	2,320,697,000				
	Belanja Peralatan Medik	38,839,703,000	176,304,101,000				
	Belanja Peralatan Non Medik	-					
<b>TOTAL</b>		<b>654,547,213,000</b>	<b>840,019,432,000</b>	<b>606,890,761,000</b>	<b>611,652,659,000</b>	<b>614,152,659,000</b>	<b>616,652,659,000</b>